Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 6.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Rothmund, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№. 27. 3. Juli. 1888.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

35. Jahrgang.

Originalien.

Ueber die Operation gangränöser Hernien mit besonderer Berücksichtigung der Resection gangränöser Darmwandbrüche.

Von Dr. *J. A. Rosenberger*, Privatdocent der Chirurgie an der Universität Würzburg.

(Nach einem Vortrage in der physikal.-medic. Gesellschaft zu Würzburg am 3. März 1888.)

Die Operation der eingeklemmten Darmbrüche ist heute noch dieselbe, wie in den allerfrühesten Zeiten, nur mit dem Unterschiede, dass früher der Bruchschnitt immer eine lebensgefährliche Operation war, während die Herniotomie der Gegenwart gar nichts Gefährliches mehr hat. An den Folgen einer Bruchoperation, die »lege artis« ausgeführt wurde, stirbt heutzutage Niemand mehr, vorausgesetzt dass zur richtigen Zeit und nicht zu spät operirt wurde. Leider wird in dieser Beziehung noch viel gesündigt. Die Zahl derer, welche an den Folgen eines eingeklemmten Bruches heute noch zu Grunde gehen, ist sehr gross, und ich bin überzeugt, dass eine wahrheitsgetreue Statistik uns geradezu erschrecken würde.

Leider lässt sich eine solche unter den jetzigen Verhältnissen noch nicht entwerfen, denn ich wüsste nicht, wie man erfahren sollte, wer an einer incarcerirten Hernie gestorben ist, wenn dieselbe nicht zu Lebzeiten diagnosticirt war; dass aber die Zahl derer, welche an nicht diagnosticirten Incarcerationen zu Grunde gehen, sicher eine grosse ist, wird dadurch schon bewiesen, dass so und so viele incarcerirte Hernien erst zu spät erkannt werden. Eine bestimmte Anzahl von solchen Todesfällen wiegt aber einer gleichen Anzahl anderer Todesfälle gegenüber doppelt schwer, weil man sich hier sagen muss, dass Allen zur richtigen Zeit hätte geholfen werden können, während man dies bei keiner anderen Krankheit so bestimmt behaupten kann.

Woran liegt nun die Schuld, dass noch so viele Leute an incarcerirten Hernien sterben? Zunächst haben wir dieselbe beim Publicum zu suchen, das häufig den Arzt gar nicht oder zu spät zu Rathe zieht, und in zweiter Linie beim Arzte selbst.

Nicht selten übersieht der Arzt eine Hernie, indem er die Incarcerationserscheinungen Störungen im Darmtractus zuschreibt oder eine Bruchgeschwulst für eine Drüsenanschwellung in der Leistengegend hält. Aber auch bei richtiger Diagnose wird häufig die Herniotomie zu lange hinausgeschoben, weil der Arzt zu viel Rücksicht auf den messerscheuen Patienten nimmt und zuwartet, in der Meinung, dass der Bruch noch ohne operativen Eingriff zurückgehen werde. Bei einem solchen exspectativen Verfahren ist es auch begreiflich, dass der Arzt leicht mit der Taxis zu weit geht und sich zu starkem und lang andauerndem Drücken herbeilässt, das für den Patienten noch gefährlicher werden kann, als das Zuwarten. Nicht selten kommt es dadurch zu Rupturen des Darmes und das Zustandekommen der Gangrän wird immer begünstigt. Wenn wir aber von einem zu starken und deshalb unstatthaften Drücken ganz absehen wollen, so bleibt doch noch die Thatsache bestehen, dass ein eingeschnürtes und dadurch seiner Ernährung beraubtes Darmstück mit mathematischer Sicherheit gangränös werden muss.

So einfach und ungefährlich nun die Operation einer incarcerirten Hernie sich gestaltet, so lange der Darm noch gesund ist, so schlimm wird der Zustand, wenn einmal Gangrän, sei es auch nur an einer kleinen Stelle, eingetreten ist. Die Darmwand ist dann nicht mehr im Stande, den Druck der anströmenden Flüssigkeitssäule zu ertragen, und muss in Folge dessen perforiren. Ein solches Darmstück darf darum nicht mehr in die Bauchhöhle zurückgebracht werden, noch viel weniger, wenn eine ganze Darmschlinge brandig geworden ist.

Die Zeit, welche nöthig ist, eine incarcerirte Hernie zur Gangrän zu bringen, wird verschieden angegeben, so dass man eigentlich nicht genau weiss, wie lange man mit der Herniotomie zuwarten darf, ohne dem Patienten zu schaden. Es wird allgemein angenommen, dass eine incarcerirte Hernie unter Umständen schon nach wenigen Stunden gangränös werden kann, und es sind verschiedene solcher Fälle bekannt, allein glücklicherweise gehören sie zu den grössten Seltenheiten und können deshalb für die Praxis weniger in Betracht kommen. Unter nahezu 400 incarcerirten Hernien, welche ich bis jetzt gesehen habe, war kein ähnlicher schlimmer Verlauf zu verzeichnen.

Nach meiner Erfahrung verläuft jede Herniotomie, welche vor Ablauf des zweiten Tages der Incarceration ausgeführt wird, günstig; am dritten Tage ist das Resultat der Operation in den meisten Fällen auch noch ein günstiges, am vierten Tage dagegen ist der lethale Ausgang die Regel und der günstige Verlauf eine Seltenheit. Es sollte demnach der Arzt den zweiten Tag nicht verstreichen lassen, ohne die Herniotomie energisch vorgeschlagen zu haben. Die Operationen würden wohl auch am dritten und vierten Tage in vielen Fällen noch günstig verlaufen, wenn nicht durch forcirte Taxisversuche das incarcerirte Darmstück zu stark beleidigt worden wäre. Diesen ist auch meist der lethale Ausgang einer Herniotomie, welche am ersten oder zweiten Tage der Einklemmung ausgeführt worden ist, zuzuschreiben.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch die Darreichung von Purgantien bei der Behandlung eingeklemmter Hernien, was leider nur zu häufig noch geschieht, als einen grossen Missgriff bezeichnen. Sie haben nicht nur nicht den geringsten Zweck, sondern sie schaden vielmehr nach meiner Erfahrung in hohem Grade, indem sie das Erbrechen, sowie die Infarcirung des zuführenden Darmstückes vermehren und die Patienten nach Beseitigung der

Incarceration durch die rasch aufeinander folgenden Stuhlentleerungen mehr oder weniger schwächen.

Die Behandlung der brandigen Darmbrüche bestand von jeher in der Fixirung und Eröffnung der betreffenden Darmschlinge an der Bruchpforte, d. h. in der Anlegung eines »Anus praeternaturalis«. Eine grössere Statistik in dieser Richtung existirt nicht, doch glaube ich nicht zuweit zu gehen, wenn ich die Resultate als geradezu schrecklich bezeichne. Die meisten sterben an Inanition, da der Darminhalt an dem widernatürlichen After zu bald wieder austreten muss.

Seit der Einführung der antiseptischen Wundbehandlung sind deshalb auch die Chirurgen bestrebt gewesen, eine andere Operationsmethode zu ersinnen. Als solche ist die Resection des Darmes zu nennen, welche am Chirurgen-Congresse schon vor 9 Jahren besprochen wurde und von der man damals sehr viel erwartete. Dieselbe besteht darin, dass das gangränöse Darmstück excidirt wird und dass die beiden Oeffnungen durch Darmnähte wieder vereinigt werden. Leider hat sich auch diese Methode nicht bewährt, denn man hat sich überzeugen müssen, dass entweder an den Nähten Perforation eintrat, nachdem es mehrere Tage gut gegangen war, wie ich selbst erfahren habe, oder, dass sich noch an einer anderen Stelle, entfernt von der Naht, Gangrän und Perforation einstellte.

Diese Erscheinungen sind einestheils durch Veränderungen am zuführenden Darmstücke zu erklären, die in der Dehnung der Darmwand, in Circulationsstörungen und Blutinfiltrationen bestehen, ein Zustand, der von Kocher Infarcirung genannt wurde.

Durch diese Infarcirung ist die Darmwand weit in's Gesunde erweicht, sodass eine normale Verklebung und Heilung nach der Darmnaht nicht zu Stande kommen kann, worauf besonders Verneuil[1]) und Küster[2]) aufmerksam gemacht haben; anderntheils sind die Gefässe im Mesenterium so eigenthümlich angeordnet, dass sich nicht mit Bestimmtheit sagen lässt, wie weit der Darm gangränös werden muss, wenn ein Theil des Mesenteriums miteingeklemmt ist. Es hat thatsächlich die Darmresection bei der Incarceration grösserer Hernien bis jetzt auch noch keine besonderen Resultate ergeben und ist deshalb von verschiedenen Chirurgen auch wieder verlassen worden. Die Anlegung eines widernatürlichen Afters ist leider immer noch das einzige Verfahren. Anders aber liegt die Sache bei den Darmwandbrüchen, bei denen bekanntlich nur ein Theil der Darmwand und das Mesenterium gar nicht eingeklemmt ist. Bei diesen Brüchen ist demnach anzunehmen, dass die Ernährung von Seite des Mesenteriums nicht gestört ist und dass die Umgebung des eingeklemmten und gangränösen Darmstückes normal ernährt wird. Auf Grund dieser Annahme hat denn auch Maas[3]) die Resection solcher Brüche empfohlen.

Die schlechten Resultate sowohl nach der Resection, als nach Anlegung des Anus praeternaturalis hatten mich schon vor dem Vorschlage von Maas auf den Gedanken gebracht, bei gangränösen Darmwandbrüchen, bei denen ja das Darmlumen nicht vollständig abgeschlossen ist und deshalb auf natürlichem Wege Stuhlgang erfolgen kann, nur eine Darmfistel anzulegen. Ich habe mir vorgestellt, dass durch diese Fistel nur ein Theil des Darminhaltes nach aussen treten, während der andere Theil den Darm passiren würde und der Resorption noch unterworfen wäre, wie im gesunden Darme. Durch die Darmfistel könnten sich die gangränösen Parthieen nach aussen abstossen und schliesslich würde die Fistel wieder heilen.

[1]) Verneuil, gaz. des Hôp. 26. 1861.

[2]) Küster, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1879.

[3]) Maas, Ueber die Resection und circuläre Darmnaht bei eingeklemmten, brandigen Brüchen. Sitzungsbericht der physikal.-medicin. Gesellschaft zu Würzburg 1885.

In der That habe ich auf diese Weise zwei Fälle zur Heilung gebracht und in einem dritten Falle ging es Anfangs so gut, dass die behandelnden Aerzte sicher an eine Heilung glaubten. Es handelte sich um eine sehr heruntergekommene 77 jährige Frau, welche am 6. Tage nach Anlegung der Kothfistel zu Grunde ging. Dieser Fall kann wohl weder für, noch gegen die Anlegung einer Kothfistel verwerthet werden.

Auf Grund dieser Erfahrungen und auf Grund sehr vieler Fälle, die ich in der Literatur gefunden habe und die nach spontanem Zustandekommen einer Kothfistel geheilt sind, habe ich mir erlaubt, in der Gratulationsschrift für Kölliker einen Vorschlag zur Behandlung gangränöser Darmwandbrüche[4]) zu machen.

Es würde zu weit führen, wenn ich jetzt näher darauf eingehen wollte. Das Wichtigste meines Vorschlages besteht darin, die Spontanheilung gangränöser Hernien, d. h. die vis medicatrix naturae, wie sie sich anschickt, einen gangränösen Bruch zu heilen, in ihren Bestrebungen auf verschiedene Weise zu unterstützen. Bald nach dem Bekanntwerden meiner Arbeit hat Burckhardt[5]) zwei Fälle von Darmresection bei gangränösen Darmwandbrüchen publicirt, welche beide geheilt sind. Der erste Fall war von Socin, der zweite von Burckhardt operirt. Durch diese Resultate, mehr noch durch das Vertrauen auf die Autorität von Maas und Socin, habe ich mir vorgenommen, bei gangränösen Darmwandbrüchen auch eventuell von der Darmresection Gebrauch zu machen. Sehr bald kam die gewünschte Gelegenheit.

Herr Collega Unger von Sugenheim hat mich in der Nacht vom 17. zum 18. October vorigen Jahres telegraphisch gebeten, eine Herniotomie zu machen. Es handelte sich um eine Frau in den 40er Jahren. Der Bruch, eine rechtsseitige Femoralhernie von der Grösse eines Hühnereies war schon vor 9 Tagen ausgetreten und incarcerirt. Stuhlgang war immer vorhanden, der Leib nicht aufgetrieben. Der Puls war normal, Fieber nicht vorhanden. Erbrechen kam in den ersten Tagen mehrmals vor, seit 3 Tagen aber nicht mehr. Die Patientin fühlte sich verhältnissmässig sehr wohl und hatte die ganze Nacht bis zu meiner Ankunft früh um 5 Uhr gut geschlafen. Mit Rücksicht auf die lange Dauer der Incarceration wurde die Reposition gar nicht mehr versucht. Nach der Eröffnung des Bruchsackes entdeckte ich einen Darmwandbruch, der an seiner grössten Convexität einige gangränöse Stellen zeigte. Das ganze Darmstück war schwarz. Nach Hebung der Incarceration und Hervorziehen der Schlinge zeigte sich sowohl das zu- als das abführende Darmstück gesund. Ich entschloss mich deshalb sofort zur Resection des incarcerirten Stückes und nahm dieselbe nur unter Assistenz des Herrn Collega Unger vor. Die Schleimhaut wurde nicht genäht, sondern nur Serosa an Serosa. Mit einer Schnürnaht wurde die Bruchpforte geschlossen und darüber noch eine Nahtreihe angelegt. Zum Nähen benutzte ich antiseptische Seide.

Wie mir Collega Unger mittheilte, verlief die Heilung ohne jede Störung; Darmgase gingen schon am nächsten Tage ab und die erste Stuhlentleerung erfolgte ohne Beschwerden am 10. Tage. Die höchste Temperatur war 38,3° C. Der erste Stuhlgang würde möglicherweise viel früher eingetreten sein, wenn nicht Patientin auf meinen Rath in den ersten Tagen Opium bekommen hätte.

Vor einigen Wochen habe ich die Frau untersucht und mich von ihrem vollständigen Wohlbefinden überzeugt. Die Narbe ist etwas eingezogen und bei Anstrengung der Bauchpresse merkt man keine Vorwölbung, obwohl Patientin über ein halbes Jahr kein Bruchband getragen hatte.

[4]) Festschrift für Albert v. Kölliker. Leipzig. Verlag v Wilh. Engelmann, 1887.

[5]) Dr. Emil Burkhardt, Zur Casuistik und Therapie gangränöser Darmwandbrüche. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. Jahrg. XVII. 1887.

Das Resultat ist demnach ein sehr gutes und entschieden verlockend. Ich würde in ähnlichen Fällen, vorausgesetzt, dass das zu- und abführende Darmstück gesund ist, keinen Anstand nehmen, die Resection auszuführen.

Wie ich aus Erfahrung weiss, kommt auch bei gangränösen Darmwandbrüchen Infarcirung des zuführenden Darmstückes vor; dadurch werden Verhältnisse geschaffen, wie sie bei einem grösseren Bruche vorhanden sind. Ob in einem solchen Falle mein Verfahren nicht eher am Platze ist, als die Resection, müssen erst weitere Fälle zeigen.

Aus der Universitäts-Augenklinik zu Würzburg.

Ueber Dacryocystoblennorrhoe bei Erkrankungen der Nase.

Von Dr. *H. Gruhn.*

Ueber die Beziehungen, welche zwischen Erkrankungen des Auges und der Nase bestehen, findet man in den Lehrbüchern der Augenheilkunde und der Nasenkrankheiten bisher nur kurze Bemerkungen oder nur Andeutungen.

Und doch liegt es auf der Hand, dass bei zwei Organen, die so nahe beisammen liegen, die sowohl in directer Communication, als auch, was die Versorgung mit Gefässen und Nerven betrifft, in mannigfacher Verbindung stehen, eine Erkrankung des einen nicht gleichgültig für das andere sein wird. Wie wichtig es ist, bei gewissen Erkrankungen des Auges gleichzeitige Nasenaffectionen zu berücksichtigen, ist bisher noch nicht genügend anerkannt worden. Ganz besonders gilt dies für Affectionen des Thränennasencanals, der natürlichen Verbindung zwischen Auge und Nase.

Michel[1]) macht in seinem Lehrbuche bei Besprechung der Erkrankungen des Thränennasencanals nachdrücklich darauf aufmerksam, dass eine gleichzeitige Untersuchung der Nasenhöhle stets vorgenommen werden müsse.

Welches sind nun die Erkrankungen der Nase und des Thränennasencanals, welche gleichzeitig vorkommen können? Hierüber finden sich, wie gesagt, in den Lehrbüchern nur Einzelheiten.

Michel (l. c.) nimmt an, dass das Thränen beim Schnupfen »nicht sowohl durch eine reflectorische Reizung, als auch durch eine Schwellung der Schleimhaut des Thränennasencanales und Verschmälerung seines Lumens« zu erklären sei.

Schirmer[2]) weist darauf hin, dass die Entzündung der Nasenschleimhaut wenigstens eines der begünstigenden Momente der Dacryocystitis sei; bei jedem acuten Nasenkatarrh sei der Ductus naso-lacrymalis mitafficirt; bei Ozaena finde man häufig ein Thränenschlauchleiden, hervorgerufen durch die Entzündung der Nase. Auch im abnormen Bau der Nase sei ein veranlassendes Moment für die Dacryocystitis zu suchen, wo nämlich der Thränenschlauch ungewöhnlich verengt sei.

Nach Bresgen[3]) findet man als Complication der chronischen Rhinitis nicht selten Entzündung des Thränennasencanals, wodurch letzterer leicht undurchgängig wird; dies scheine aber auch durch starke Schwellung der Nasenschleimhaut an seiner Nasenmündung bedingt zu werden.

Nach Schmidt-Rimpler[4]) gehen die chronischen Erkrankungen des Thränennasencanales in der Mehrzahl der Fälle von Affectionen der Nasenschleimhaut aus; sie werden häufig bei Ozaena gefunden. Bei der Behandlung ist eine etwa vorhandene Schleimhautaffection eventuell auch der Nase zu bekämpfen.

Moldenhauer[5]) macht darauf aufmerksam, dass entzündliche Erscheinungen der Nasenschleimhaut sich nicht selten auf dem Wege des Canalis naso-lacrymalis auf die Conjunctiva fortsetzen.

In einer grösseren Arbeit: »Ueber den Zusammenhang zwischen Augen- und Nasenaffectionen« macht Nieden[6]) einige hieher gehörige Mittheilungen. Er erörtert, dass es sich beim Zusammentreffen von Nasen- und Augenaffectionen um zwei verschiedene Kategorien von Processen handle, solche, welche auf dem Wege der Propagation durch Vermittlung des Thränennasencanals sich fortpflanzen und solche, bei denen durch Erregung der Nasenschleimhautnerven reflektorisch das Auge und seine Umgebung in Mitleidenschaft gezogen wird. Etwa in der Hälfte der Fälle von Thränenträufeln liegt nach seiner Ansicht die Ursache in dem dem Sehorgan angehörenden Theile der Thränenableitungswege, den Canälchen, dem Thränensack und der Einmündung in den Thränennasengang, während in der anderen Hälfte die im Canale selbst gesetzten Störungen, Stenose und Strictur oder auch eine entzündliche Schwellung der Membran, besonders am Ostium nasale, die Epiphora bedingen. In der grossen Mehrzahl der ersteren Fälle liegt die Verengerung an der Einmündungsstelle des Thränensackes in den Canal und ist mit Ektasie des Sackes verbunden, während bei Verengerung des Canales oder des Ostium nasale seltener abnorme Ausdehnung nnd schleimig-eiterige Ansammlung im Thränensack zu constatiren ist. Nach Nieden's Ansicht kommen für die Erkrankung der Thränenableitungswege hereditäre Einflüsse in Betracht, d. i. eine bei Eltern und Kindern gemeinsame Anomalie des Nasenskelettes und eine davon abhängige Modification des Kalibers im Thränennasengange. Was speciell den Zusammenhang von Ozaena und Störung der Thränenableitung betrifft, so vermuthet Nieden auf Grund einer aus 67 Fällen bestehenden Beobachtungsreihe, dass eine chronische Entzündung der Schneider'schen Membran die Ursache für das Thränenträufeln abgeben kann, dass aber die Ausbildung der chronischen Rhinitis zur Ozaena wesentlich durch das Fehlen der Thränenflüssigkeit bedingt sein dürfte, indem das Sekret auf der Nasenschleimhaut um so eher austrocknen und sich zersetzen kann.

Eine Complication von Nasenschleimhautkatarrhen und Trachom kommt nach der Erfahrung Nieden's nur dann zu Stande, wenn die Schleimhaut des Thränennasencanales in Mitleidenschaft gezogen und in der Sackhöhle eine Brutstätte für mikrobische Gebilde geschaffen ist.

Hansen Grut[7]) hebt als die häufigste Ursache zur Blennorrhoea sacci lacrymalis recidivirende Koryza hervor, wodurch die Passage der Thränen erschwert, der Thränensack allmählich dilatirt und das Sekret septisch wird. Alle anderen Ursachen sind relativ selten; organische Stricturen sind weit häufiger die Folge, als die Ursache der Blennorrhoe. Früh oder spät entsteht acute Dacryocystitis und Verfasser ist geneigt zu glauben, dass diese nur als Folge einer chronischen Blennorrhoea sacci lacrymalis entstehen kann.

Aehnlich wie Moldenhauer spricht sich auch Herzog[8])

---

[1]) Lehrbuch der Augenheilkunde. 1. Aufl. 1884. Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden.

[2]) »Erkrankungen der Thränenorgane« in Graefe-Saemisch's Handbuch der ges. Augenheilkunde. Bd. VII.

[3]) Grundzüge einer Pathologie und Therapie der Nasen-, Mundrachen- und Kehlkopf-Krankheiten. 1884. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg.

[4]) Augenheilkunde und Ophthalmoskopie. 2, Aufl. 1886. Braunschweig. Fr. Wreden.

[5]) Die Krankheiten der Nasenhöhlen, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Leipzig 1887.

[6]) Ueber den Zusammenhang von Augen- und Nasenaffectionen. Archiv f. Augenheilkunde XVI. S. 381.

[7]) Referat in Michel's Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie für das Jahr 1885. S. 480.

[8]) »Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark«. 1884. S. 19.

dafür aus, dass zwischen Conjunctival- und Nasenschleimhaut unter Vermittlung des Thränennasenganges eine gewisse Wechselbeziehung bestehe. Nach seiner Erfahrung heilen gewisse, insbesondere »auf skrophulöser« Basis beruhende Augenaffectionen stets viel leichter und schneller, wenn zu gleicher Zeit eine entsprechende Behandlung des chronischen Nasenkatarrhs eingeleitet wird.

Was die Nebenhöhlen der Nase betrifft, so ist es eine mehrfach gemachte Beobachtung, dass Erkrankungen derselben sich auf die Thränenableitungswege fortsetzen können. Ein Empyem der Kieferhöhle kann nach dem Thränennasencanal durchbrechen, ein solches der Stirnhöhle nach dem Thränensack. Hydropsie dieser Höhlen hat Compression des Thränennasencanals oder des Thränensackes im Gefolge. Ebenso können Tumoren, von der Nachbarschaft des Thränennasencanales ausgehend, diesen comprimiren, bösartige Tumoren können ihn durchwachsen.[9]

In der hiesigen Universitäts-Augenklinik ist seit den letzten zwei Jahren etwa gleichzeitig mit Augenaffectionen sich zeigenden Nasenerkrankungen ganz besondere Aufmerksamkeit gewidmet worden. Die Fälle von Affectionen des Thränennasencanals wurden, so weit sie Aufnahme in der stationären Abtheilung der Klinik fanden, sämmtlich auch in Bezug auf die Nase untersucht; ebenso geschah dies zum grossen Theil mit den ambulatorisch behandelten Fällen; letztere konnten leider nur zum kleinsten Theil weiter beobachtet werden. Es ist mir gestattet worden, die seit circa 2 Jahren untersuchten Fälle (die Untersuchung und Behandlung der Nase geschah durch Herrn Privatdocent Dr. Seifert) hier zu veröffentlichen. Die Erkrankungen des Thränennasenkanals gingen mit schleimig-eiteriger Secretion einher; Stricturen wurden besonders häufig am Ostium nasale des Thränennasencanals beobachtet; beim Sondiren war öfters der entblösste Knochen zu fühlen. Die Nasenaffectionen sind in jedem einzelnen Falle genauer angegeben. So weit es Interesse bot, habe ich etwaige weitere Complicationen von Seiten des Auges, des Rachens u. s. w. mit erwähnt.

1886. 1) 7. III. Hiller, Peter, 63 Jahre alt. Auge: Beiderseits Dacryocystoblennorrhoe. Nase: Beiderseits hochgradige Rhinitis atrophicans foetida mit Krustenbildung. Pharyngitis atrophicans.

2) 15. III. Brönner, Christine, 21 Jahre alt. Auge: Seit 14 Tagen Erkrankung rechts. Rechts Dacryocystoblennorrhoe. Nase: Beiderseits mittlerer Grad von Rhinitis atrophicans foetida. Pharyngitis atrophicans. Hypertrophia tonsillarum.

3) 9. VI. Stanicz, Georg, 53 Jahre alt, Hausirer. Seit 3 Tagen Erkrankung des linken Auges. Links Dacryocystoblennorrhoe. Hochgradige Rhinitis atrophicans foetida mit Ulcerationen an der Muschelschleimhaut.

4) 1. VII. Strehlein, Johann, 45 Jahre alt, Wegemeister. Patient hatte vor 5 Jahren ein Nasenleiden; seit $^1/_2$ Jahr öfters Entzündungserscheinungen am linken Auge. Links Dacryocystoblennorrhoe. Nase in der Mitte eingesunken, nach rechts hinüber. Septum cartilagineum ungemein stark verdickt und verbogen. Nach rechts hin ist die Wucherung resp. Verdickung so beträchtlich, dass die Fläche fast an die laterale Wand angepresst wird in der Weise, dass von der unteren Muschel gar nichts zu sehen ist, der mittlere Nasengang verschlossen erscheint. Nur vom unteren Nasengange ist eine kleine Parthie für Luft durchgängig. Auf der linken Seite der häutige Theil des Septums nach links verschoben; am Boden der Nasenhöhle eine in den unteren Nasengang vorspringende Leiste, weiter nach oben und hinten zu Narben von operativen Eingriffen und ebenso starke Verdickungen des Knorpels wie rechts, nur mit dem Unterschiede, dass hier der untere Nasengang durch die Leiste vom Septum ganz verschlossen und nur ein Theil vom mittleren Nasengang für die Luft durchgängig ist. Rhinoscopia posterior: Septum osseum schlank, ohne Verdickungen, hinteres Ende der Muscheln atrophirt. Pharyngitis atrophicans.

[9]) cf. Michel, Lehrbuch der Augenheilkunde. S. 209.

5) 10. X. Herbert, Caroline, 26 Jahre alt. Seit 1 Jahr Erkrankung des linken Auges. Links Dacryocystitis. Sondirung. Die Nasenmuscheln beiderseits normal, auch keine Anomalie der Secretion. Septum cartilagineum etwas nach rechts ausgebogen.

6) 19. X. Remm, Anna, 46 Jahre alt. Seit mehreren Jahren Thränen des linken Auges. Dacryocystoblennorrhoe. Sondirung. Beginnende Rhinitis atrophicans mit einigen noch bestehenden Hyperplasieen. Der untere Nasengang erweitert. Mässiger Grad von Foetor.

7) 10. XII. Schubert, Elise, 18 Jahre alt. Seit mehreren Jahren Erkrankung des linken Auges. Links Dacryocystoblennorrhoe. Sondirung. Nase: Rechts untere und mittlere Muschel in mässigem Grade atrophirt; geringe Secretion, keine Krustenbildung. Am hinteren Ende des Septums eine Exostose, die mit dem hinteren Ende der mittleren Muschel verwachsen ist. Links: Das vordere Ende der unteren Muschel sehr dick durch derbe, feste Granulationswucherungen, die leicht bluten (beim Sondiren).

Februar 1888. Die Granulationsmassen durch energische Aetzungen zum Verschwinden gebracht, so dass eine flache Narbe gebildet ist. Dacryocystoblennorrhoe geheilt.

1887. 8) 8. I. Raab, Elisabeth, 47 Jahre alt. Vor 8 Tagen Anschwellung des ganzen Gesichts, wovon eine Erkrankung des linken Auges zurückgeblieben ist. Septische Dacryocystoblennorrhoe. Beiderseits Rhinitis atrophicans foetida mit Krustenbildung.

9) 5. II. Wiegand, Maria, 48 Jahre alt. Seit 10 Jahren Erkrankung beider Augen. Beiderseits Dacryocystoblennorrhoe. Sondirung. Starker Foetor ex naso. Beiderseits mässige Atrophie der unteren Muscheln, links etwas stärker als rechts. Secretion spärlich. Diagnose: Rhinitis atrophicans foetida. Therapie: Einblasungen von Jodol in die Nase.

10) 8. II. Seemann, Minna, 44 Jahre alt. Seit 7 Jahren Entzündung beider Augen. Beiderseits Dacryocystoblennorrhoe, secundäres Lideczem. Sondirung. Starker Foetor ex naso. Septum cartilagineum stark nach rechts ausgebogen, so dass die rechte Nasenhöhle dadurch stark verengt erscheint. Rechte untere Muschel hochgradig atrophirt, Nasenhöhle mit schmutziggelbem, stark riechendem Secret ausgefüllt. Mittlere Muschel wegen der Verbiegung des Septums nicht zu sehen. Linke untere und mittlere Muschel theils in atrophischem, theils in hypertrophischem Zustande. Diagnose: Rhinitis atrophicans foetida. Therapie: Jodoleinblasungen.

11) 8. II. Dill, Margaretha, 27 Jahre alt. Seit 2 Jahren eiteriges Secret am linken Auge und starkes Thränenfliessen. Seit mehreren Wochen Thränen des rechten Auges. Beiderseits Dacryocystoblennorrhoe. Kein Foetor ex naso. Rechte untere Muschel atrophirt, mittlere Muschel hypertrophirt. Linke untere Muschel stark atrophirt, mittlere Muschel zum Theil atrophirt, zum Theil mit Hyperplasieen unregelmässiger Form besetzt. Secretion spärlich, schleimig-eiterig. Therapie: Jodoleinblasungen in die Nase.

12) 18. II. Ermann, Magdalena, 30 Jahre alt. Seit einigen Jahren Erkrankung des rechten Auges. Rechts Dacryocystoblennorrhoe. Sondirung. Beiderseits hochgradige Atrophie der unteren Muschel, beginnende Atrophie der mittleren; letztere mit zähem fest anhaftendem Secret bedeckt. Kein auffälliger Foetor.

13) 26. VI. Krebs, Regina, 39 Jahre alt. Seit mehreren Jahren augenleidend. Beiderseits Dacryocystoblennorrhoe. Rechts alte Maculae corneae, links Ulcus septicum mit Hypopyon. Iritis. Beiderseits Rhinitis hyperplastica mit eiteriger Secretion.

14) 3. VIII. Drescher, Nicolaus, 45 Jahre alt. Seit 4 Tagen Entzündung und Schmerzen am rechten Auge. Rechts grosses Ulcus septicum corneae mit collosalem Hypopyon. Beiderseits Dacryocystoblennorrhoe. Beiderseits Rhinitis atrophicans foetida mittleren Grades.

15) 21. VIII. Neubert, Marie, 22 Jahre alt. Patientin klagt über starkes Thränenträufeln besonders des rechten Auges seit einem Jahr. Rechts Dacrocystoblennorrhoe. Sondirung.

Patientin litt viel an Schnupfen. Die Nase tropft fortwährend, ist oft verstopft, bald mehr rechts, bald mehr links. Beiderseits chronische hyperplastische Rhinitis; blasse, derbe Beschaffenheit der Schleimhaut. Pharyngitis chron. granulosa. Eine strahlige Narbe an der hinteren Pharynxwand (Ursache unbekannt). Therapie: Einblasungen von Magisterium Bismuthi mit Borsäure. 16. IX. Patientin hat regelmässig die Einblasungen gemacht. Die Nase secernirt nicht mehr so stark, die Dacryocystoblennorrhoe ist ebenfalls bedeutend besser.

16) 5. X. Bauer, Andreas, 14 Jahre alt, Kellner. Starkes Thränen der Augen. Dacryocystoblennorrhoe. Beiderseits mittlerer Grad von Rhinitis atrophicans foetida. Therapie: Einblasungen von Magisterium Bismuthi mit Borsäure. — 20. X. Die Dacryocystoblennorrhoe gebessert. Die Secretion der Nase etwas reichlicher, flüssiger, ohne Foetor. Die Muschelschleimhaut noch ganz blass, hat aber doch etwas an Volumen zugenommen.

17) Geissel, Sophie, 19 Jahre alt. Starkes Thränen der Augen seit 2 Jahren. Links Dacryocystoblennorrhoe, Strictur des Thränennasencanals. Sondirung. Besondere Beschwerden von Seiten der Nase bestehen nicht, ausser starker Trockenheit; Geruchsvermögen gut. Beiderseits mässiger Grad von Rhinitis atrophicans sine foetore. Schleimhaut auffallend trocken. Pharyngitis atroph. Therapie: Einblasen von Argent. nitr. — 15. X. Die Dacryocystoblennorrhoe bedeutend gebessert. Patientin hat die Einblasungen dreimal täglich gemacht, weil sie fühlte, dass sie ihr gut bekommen. Die Trockenheit der Nase besteht nicht mehr. Die Muschelschleimhaut ist succulenter, feucht glänzend; leichte schleimig-wässerige Secretion. — 22. X. Patientin fühlt sich sehr wohl. Die Schleimhaut der Nasenmuscheln succulent, nahezu normal. Secretion mässig reichlich, nicht mehr als genügend, die Nase feucht zu erhalten.

18) 16. X. Trull, Barbara, 43 Jahre alt. Seit März Eiterung aus dem rechten Auge. Rechts Dacryocystoblennorrhoe. Sondirung. Nase sehr trocken; Krustenbildung. Foetor nicht bemerkt. Geruchsinn nicht gestört. Rechts hochgradige Rhinitis atrophicans foetida mit Ulcerationen an der Muschelschleimhaut. Links Rhinitis hyperplastica mit eiterig-schleimiger Secretion. Therapie: Jodol mit Borsäure zu Einblasungen.

19) 30. X. Schirmer, Barbara, 54 Jahre alt. Seit etwa $^1/_2$ Jahr augenleidend. Beiderseits Dacryocystoblennorrhoe, alte Maculae der Hornhaut. Links pannöse Trübung der Hornhaut. Patientin leitet schon seit Jahren an Verstopfung der Nase und öfterem Nasenbluten. Geruchsvermögen nicht gestört. Beiderseits hochgradige Rhinitis atrophicans. Mittlere Muscheln hyperplastisch. Krustenbildung; Foetor ex naso. Pharyngitis atroph. Therapie: Einblasungen von Magisterium Bismuthi mit Borsäure.

20) 4. XI. Niebling, Heinrich, 51 Jahre alt. Seit 4 Jahren Erkrankung des rechten Auges. Beiderseits Dacryocystoblennorrhoe. Rechts Ulcus corneae serpens. Hypopyon. Beiderseits mässiger Grad von Rhinitis atrophicans sine Foetore. Pharyngitis atroph.

21) 8. XI. Huterstein, Marie, 22 Jahre alt. Seit 8 Tagen Brennen im rechten Auge, sowie eiteriger Ausfluss. Rechts Dacryocystoblennorrhoe. Sondirung. Keinerlei Beschwerden von Seiten der Nase. Mässiger Grad von Rhinitis atrophicans; etwas Foetor ex naso, aber keine Krustenbildung. Therapie: Einblasungen von Magisterium Bismuthi mit Borsäure.

22) 18. XI. Heinlein, Caroline, 40 Jahre alt. Seit etwa $^1/_2$ Jahr Erkrankung des linken Auges. Links Dacryocystoblennorrhoe. Sondirung. Patientin leidet häufig an Schnupfen; linke Seite öfters verstopft; hie und da Nasenbluten. Geruchsvermögen nicht gestört. Untere Muscheln beiderseits mässig atrophisch, mittlere hypertrophisch; mässiger Foetor. Therapie: Jodoleinblasungen. — 28. XI. Seither jeden zweiten Tag Einblasung von Jodol. Kein Foetor mehr. Untere Muscheln etwas succulenter. Dacryocystoblennorrhoe gering. Patientin hat keine Beschwerden mehr von Seiten der Nase.

23) 20. XI. Zippelius, Adam. 49 Jahre alt. Seit 1 Jahr Thränen des rechten Auges. Rechts Dacryocystoblennorrhoe. Beiderseits geringer Grad von Rhinitis atrophicans sine foetore. Schleimhaut trocken.

24) 16. XII. Wirth, Katharina, 40 Jahre alt. Links Dacryocystitis. Fistel des Thränennasencanals. Links hochgradige Rhinitis atrophicans foetida mit oberflächlichen Ulcerationen an der Muschelschleimhaut.

1888. 25) 25. I. Hermann, Johann, 9 Jahre alt. Vor 1 Jahr wurde Patient mit einem Steine an das rechte Auge geworfen; seitdem schwillt das rechte Auge öfter an. Rechts Fistel des Thränennasencanals. Sondirung. Nase normal.

26) 20. II. Loster, Franziska, 60 Jahre alt. Seit Jahren schon Thränen der Augen, sowie Entzündung der Lider. Beiderseits Conjunctivitis catarrhalis chronica. Lideczem. Dacryocystitis. Patientin leidet selten an Schnupfen. Nase nicht verstopft, keine Krustenbildung. Nase sehr zu trocknen geneigt. Geruchsvermögen ganz gut. Rechts Rhinitis hyperplastica diffusa. Mittlere und untere Muschel fast das Septum berührend. Links Rhinitis atrophicans der unteren Muschel. Mittlere Muschel hyperplastisch. Therapie: Magisterium Bismuthi mit Borsäure.

27) 6. III. Sieber, Marie, 48 Jahre alt. Seit 8 Jahren Entzündung der Thränenorgane. Beiderseits Dacryocystoblennorrhoe. Sondirung. Mittlere Muscheln beiderseits mässig hyperplastisch; untere Muscheln beiderseits atrophisch. Kein Foetor, keine abnorme Secretion. Therapie: Einblasungen von Jodol und Magisterium Bismuthi. — 14. III. Patientin ist seither jeden 2. Tag mit Einblasungen oder Bepinselungen mit Jodcarbolglycerin behandelt worden. Dacryocystoblennorrhoe bedeutend gebessert. Keine Verstopfung der Nase mehr. Patientin fühlt sich sehr erleichtert. — 18. III. Patientin fühlt sich bedeutend besser. Die Dacryocystoblennorrhoe fast geheilt. Schleimhaut der unteren Muscheln etwas succulenter.

28) 12. III. Mader, Barbara, 52 Jahre. Seit 3 Wochen Erkrankung des rechten Auges. Rechts Ulcus septicum. Dacryocystitis. Beiderseits Rhinitis atrophicans foetida. Pharyngitis atrophicans.

29) 17. III. Deinlein, Marie, 14 Jahre alt. Seit mehreren Jahren Ausfluss von Eiter aus dem linken Auge. Beiderseits alte Maculae corneae. Dacryocystoblennorrhoe mit künstlicher Fistelbildung. Beiderseits Rhinitis atrophicans. Die unteren Muscheln stark atrophirt, die mittleren hypertrophisch. Geringe Secretion, mässiger Foetor. Pharyngitis atroph. Therapie: Einblasungen von Jodol mit Borsäure.

30) 25. III. Krob, Elise, 50 Jahre alt. Seit $1^1/_2$ Jahren augenleidend. Beiderseits alte Maculae corneae. Rechts Dacryocystitis. Patientin acquirirte vor 30 Jahren Lues. Nase oft verstopft. Krustenbildung; Foetor ex naso. Ulcerationen am oberen Rande der rechten unteren Muschel. Narben am weichen Gaumen und am rechten Rachenrand, von der früher überstandenen Syphilis herrührend. Linke untere Muschel flach, mit sehr breiter Basis inserirend, sonst normal. Therapie: Vorläufig Jodoleinblasungen rechts. Jodkali innerlich. — 27. III. Aetzung der Nase mit Chromsäurelösung. — 7. IV. Patientin wurde bisher jeden 2. Tag mit Chromsäurelösung in der Nase geätzt. Die Ulcera in der Nase fast ganz geheilt. Dacryocystitis fast völlig geheilt. Patientin nimmt Jodkali weiter. Keine Aetzungen mehr, nur Jodoleinblasungen.

31) 26. III. Eger, Heinrich, 10 Jahre alt. Seit einigen Monaten Thränen des rechten Auges. Rechts Dacryocystoblennorrhoe. Sondirung. Rhinitis atrophicans et hyperplastica. Rechts Atrophie der mittleren und Hyperplasie der unteren Muschel. Secret spärlich, eiterig-schleimig, ohne Foetor. Links Atrophie der unteren, Hyperplasie der mittleren Muschel. Therapie: Jodoleinblasungen. Nach vierwöchentlicher Behandlung geheilt.

32) 16. IV. Pfister, Katharina, 40 Jahre alt. Links Strictur des Thränennasencanals, Dacryocystoblennorrhoe. Sondirung. Beiderseits Rhinitis atrophicans foetida, links bedeutender als rechts. Pharyngitis atrophicans.

33) 20. IV. Höfner, Barbara, 66 Jahre alt. Seit $^1/_2$ Jahr augenkrank. Rechts ein in Heilung begriffenes Ulcus corneae. Dacryocystoblennorrhoe (Nekrose der knöchernen Wandung). Beiderseits Conjunctivitis catarrhalis mit Lideczem. Sondirung. Beiderseits Rhinitis hyperplastica, rechts besonders die mittlere Muschel hyperplastisch.

34) 26. IV. Frau Lohr, 40 Jahre alt. Seit 1 Jahr Augenerkrankung. Links Dacryocystoblennorhoe. Rechts Rhinitis hyperplastica, links Rhinitis atrophicans sine foetore. Pharyngitis granulosa (levissima). Therapie: Pinselungen der Nase mit Jodcarbolglycerin und Einblasungen von Jodol mit Borsäure. Nach 14 tägiger Behandlung fast geheilt.

35) Frau Ulbrich, Gastwirthin, 48 Jahre alt. Seit Jahren in Behandlung gewesen wegen linksseitiger Dacryocystoblennorrhoe. Rhinitis atrophicans beiderseits, links stärker als rechts. Pharyngitis atrophicans (sicca).

36) 6. III. Rau, Katharina, 40 Jahre alt. Seit 8 Tagen augenleidend. Rechts Dacryocystoblennorrhoe. Vor 10 Jahren hat man Patientin schon gesagt, dass sie aus dem Munde riecht. Nase oft verstopft (beiderseits); Krustenbildung in der Nase (übelriechend). Geruchsvermögen herabgesetzt. Beiderseits Rhinitis atrophicans hochgradig. Untere Muscheln stark atrophirt, mittlere hyperplastisch, Septum osseum stark verdickt. Foetor mit Krustenbildung. Pharyngitis atrophicans. Therapie: Nasenausspülungen mit Kochsalzlösung vermittelst Nasenschiffchen. — 18. III. Nase bisher mehrmals mit Jodcarbolglycerin gepinselt. Foetor etwas geringer. Krustenbildung mässiger. Auch die Dacrocystoblennorrhoe bedeutend gebessert.

37) 12. V. Kaufmann, Barbara, 65 Jahre alt. Seit einiger Zeit Thränen des rechten Auges. Rechts Dacryocystoblennorrhoe. Beiderseits Rhinitis atrophicans, links stärker als rechts.

38) 24. V. Wolf, Adam, 19 Jahre alt. Seit $^1/_2$ Jahr augenleidend. Links Dacryocystoblennorrhoe. Beginnendes Ulcus corneae serpens. Rechts mässiger Grad von Hyperplasie der mittleren und unteren Muschel. Links mässige Atrophie der mittleren, stärkere der unteren Muschel.

Es ist auffallend, dass sich in allen unseren Fällen neben der Affection des Thränennasencanales stets auch Erkrankungen der Nase nachweisen liessen; mit nur zwei Ausnahmen: im Falle 25 handelte es sich auch nur um eine Fistel des Thränennasencanales, die direct durch Trauma (Steinwurf) entstanden war; im Falle 5 war ausser einer Septumverbiegung nichts Abnormes nachzuweisen, es wurde aber nur eine einmalige Untersuchung in diesem Falle vorgenommen, und es ist nicht ausgeschlossen, dass bei längerer Beobachtung dennoch eine Nasenaffection sich hätte nachweisen lassen. Hiernach hat es den Anschein, dass Erkrankungen des Thränennasencanales und der Nase in gewisser Beziehung zu einander stehen, dass bei Entzündungen des Thränennasencanales sich stets oder fast stets Nasenaffectionen nachweisen lassen. Auszuschliessen sind natürlich direct durch Traumen hervorgerufene Entzündungen des Thränennasencanales, sowie luetische oder tuberculöse Affectionen desselben.

Bisher sind keine Beobachtungen veröffentlicht, die ein so häufiges, ja constantes Vorkommen einer Nasenaffection gleichzeitig mit Erkrankungen des Thränennasencanales zeigen, wie in unseren Fällen. Wir finden in der Mehrzahl unserer Fälle schon vorgeschrittenere Formen der Rhinitis atrophicans, in 19 Fällen Rhinitis atrophicans foetida, in 8 Fällen Rhinitis atrophicans sine foetore, in 6 Fällen Rhinitis atrophicans sine foetore combinirt mit Rhinitis hyperplastica, in 4 Fällen Rhinitis hyperplastica. Fragen wir, in welcher Beziehung die Dacryocystoblennorrhoe zur Rhinitis steht, so lässt sich dies im einzelnen Falle schwer nachweisen. In $^5/_6$ unserer Fälle waren aber sehr hochgradige Veränderungen in der Nase vorhanden, die schon lange Jahre bestanden, resp. sich seit vielen Jahren entwickelt hatten; in vielen Fällen ergab auch die Anamnese, dass die Nasenerkrankung derjenigen des Thränennasencanales vorausgegangen war: es lässt sich daher schon hieraus mit grosser Wahrscheinlichkeit der Schluss ziehen, dass die Nasenaffectionen das Primäre und die Erkrankung des Thränennasencanales als Complication aufzufassen ist.

Nach neueren Untersuchungen enthält schon das normale Secret des Conjunctivalsackes, des Thränensackes und der Nase eine grosse Zahl von Mikroorganismen. E. Fick[10]) fand in gesunden Conjunctivalsäcken Michel's »Luftstäbchen«, sowie Bacillen und Bacterien verschiedener Form. Sattler[11]) wies in den Thränenwegen die verschiedensten Bacterien nach; von 10 Arten, die er fand, hatten 6 pathogene Wirkung. Im normalen Nasensekret fand Reimann[12]) plumpe Stäbchen sowie kleine Coccen, in Ketten zu 2—8 Gliedern.

Diese Mikroorganismen vermögen also auf die normale Schleimhaut der Thränenwege und der Nase nicht pathogen zu wirken. Nun ist gerade die Nasenschleimhaut mancherlei Einflüssen ausgesetzt, die geeignet sind, ein Eindringen und eine Vermehrung der Mikroorganismen zu unterstützen, eine Entzündung der Schleimhaut möglich zu machen. Hierzu kann jeder Temperaturwechsel, Verunreinigungen der Luft mit staubförmigen und anderen irritirenden Stoffen jederzeit Veranlassung geben. Der Schnupfen ist ja daher auch die häufigste und verbreitetste Erkrankung, die es giebt.

Michel nimmt, wie oben schon erwähnt wurde, an, dass schon bei jeder einfachen Koryza die Schleimhaut des Thränennasencanales ebenfalls in einen gewissen Grad von Entzündung versetzt wird; denken wir uns nun, dass die Entzündung der Nase etwa bei ungeeignetem Verhalten nicht vollkommen zurückgeht, dass es zur Entwicklung einer chronischen Rhinitis kommt, so wird auch fortwährend von der Nase aus die Schleimhaut des Thränennasencanales in Mitleidenschaft gezogen, auch hier wird der entzündliche Zustand chronisch. Dies giebt im Laufe der Zeit Veranlassung zu Schrumpfungsprocessen in der Schleimhaut des Thränennasencanals, zur Verengerung und zu Stricturen desselben. Damit wird auch der Sekretabfluss mehr oder weniger gehindert. es kommt dann und wann zu Sekretstauung, wodurch eine Exacerbation und Weiterverbreitung der Entzündung noch mehr begünstigt wird. In ähnlicher Weise wirken Wucherungen der Nasenschleimhaut, welche das Ostium nasale des Thränennasencanales ganz oder theilweise verlegen; ebenso können Geschwüre der Nasenschleimhaut, wenn sie heilen, durch Narbenzug das Ostium nasale des Thränennasencanales verengen, auch starke Krustenbildung kann den Sekretabfluss aus dem Thränennasencanale mindestens erschweren, dann und wann wohl auch völlig aufheben.

Die Nasenerkrankung kann nun auch, obgleich auch sie wieder von Seiten des Thränennasencanales unterhalten wird, dennoch wohl zeitweilig ganz oder theilweise zurückgehen, während die Affection des Thränennasencanales bestehen bleibt. Vielleicht ist hierher Fall 5 zu rechnen, wo der Nasenbefund negativ war.

Es soll nun nicht behauptet werden, dass absolut jede Entzündung des Thränennasencanales durch eine Rhinitis hervorgerufen wird, es kann recht wohl auch vom Auge her der Canal in Entzündung versetzt werden, doch scheint dies nach den hier gemachten Beobachtungen eine grosse Seltenheit zu sein. In jedem Falle ist bei Erkrankung des Thränennasencanales eine gleichzeitige Rhinitis, wenn sie auch nicht zu jener Veranlassung gegeben hat, jedenfalls immer im Stande, die Entzündung des Thränennasencanales zu unterhalten.

Es ist daher absolut nothwendig, die Nase stets mit zu zu behandeln; in der That sind auch, besonders in den Fällen 16, 17, 22, 27, 31 hierdurch schnelle Erfolge erzielt worden. Auch dies spricht wieder dafür, dass die Erkrankung des Thränennasencanales durch die Rhinitis eingeleitet worden war; wie häufig letzteres überhaupt der Fall ist, wird erst durch

[10]) Ueber Mikroorganismen im Conjunctivalsacke. Wiesbaden 1887. J. F. Bergmann.

[11]) Physik. med. Societät zu Erlangen. Sitzung vom 9./XI. 1885.

[12]) Ueber Mikroorganismen im Nasensekret bei Ozaena. Inaug.-Diss. Würzburg, 1887.

Beobachtung einer sehr grossen Anzahl von Fällen festzustellen sein.

Am Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Michel für die Ueberlassung des Materiales der Universitäts-Augenklinik, sowie Herrn Privatdocenten Dr. Seifert für seine freundliche Unterstützung meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Thure Brandt's Methode der Behandlung der Krankheiten der weiblichen Beckenorgane.

Von Dr. *Theilhaber* in München.

Seit einem Viertel Jahrhundert übt ein Laie in Schweden gynäkologische Praxis aus und heilt mittelst einer eigenartigen Methode eine grosse Zahl von Erkrankungen, die von den Aerzten nicht geheilt werden konnten. In Folge des Umstandes, dass der Erfinder dieser Behandlungsweise Laie war, schenkte man ihr nicht viel Beachtung. Erst Profanter erwarb sich vor nun etwa $1^1/_2$ Jahren das Verdienst, die allgemeine Aufmerksamkeit auf die Brandt'sche Methode hingelenkt zu haben. Er hatte dieselbe in Stockholm bei Brandt selbst kennen gelernt und letzteren veranlasst, in Gemeinschaft mit seinem Schüler, Dr. Nissen aus Christiania, in der Jenenser Frauenklinik seine Behandlungsweise zu demonstriren. Schultze übergab nun Brandt und Nissen 16 Fälle zur Behandlung und zwar chronische und subacute Parametritis und Perimetritis, Oophoritis, Perioophoritis, Retroflexio, Descensus uteri, Prolapsus totalis und ein frisches Haematom. Die Behandlung dauerte zwischen 2 und 8 Wochen; in allen Fällen wurde Heilung oder erhebliche Besserung erzielt, nie wurde eine nachtheilige Wirkung constatirt.

Profanter publicirte die in Jena erzielten Resultate in einer Abhandlung: »Die Massage in der Gynäkologie«. Derselben vorausgeschickt ist ein Vorwort des Prof. Dr. Schultze, in dem derselbe für die Richtigkeit der vorgelegten Zeichnungen und Journalnotizen sich verbürgt.

Hiedurch veranlasst reisten Dr. Resch aus Greifswald, Prof. Schauta aus Prag und Prof. Preuschen aus Greifswald nach Stockholm und besuchten eine Reihe von Wochen das Ambulatorium von Brandt. Schauta (Prag. med. Wochenschr. 1887 Nr. 43) und Resch (Centralbl. f. Gyn. 1887 Nr. 32) constatirten vorzügliche Resultate der »Massage« vor Allem bei chronischen und subacuten Entzündungen des Beckenzellgewebes und daraus resultirender Dislocation des Uterus oder seiner Adnexa, bei Haematocele und bei Erschlaffung der Befestigungsbänder des Uterus, Descensus und Prolapsus uteri.

Preuschen publicirte im Centralbl. f. Gyn. 1888 Nr. 13 eine mittelst der Brandt'schen Methode erzielte Heilung eines seit 31 Jahren bestehenden totalen Uterusprolapses; er stellte für später weitere Mittheilungen über den Werth der Methode und die von ihm selbst in Greifswald hiemit erzielten Resultate in Aussicht.

Seiffart, der als Assistent an der Schultze'schen Klinik Brandt's Behandlungsweise kennen gelernt hatte, publicirte in einer Abhandlung: »Die Massage in der Gynäkologie« 12 Fälle von Parametritis, Oophoritis, Metritis und Prolapsus uteri, in denen allen mittelst »Massage« Heilung oder erhebliche Besserung erzielt worden war.

Vor Kurzem erschien noch eine weitere Mittheilung von Profanter: »Die manuelle Behandlung des Prolapsus uteri«. Es wird uns nochmals über einen Fall von 11 Jahre lang bestandenem Prolapsus uteri berichtet, der von Brandt seiner Zeit in Jena geheilt, am 1. Februar 1887 ohne Pessar entlassen worden war. Die Patientin wurde am 20. Februar 1888, also nach Ablauf von mehr als einem Jahre, in der Jenenser Klinik von Docent Dr. Skutsch untersucht: Es befand sich die Vaginalportion vor und oberhalb der Spinallinie, die vordere Lippe 5 cm nach hinten und oben vom unteren Symphysenrand. Im hinteren Scheidengewölbe befand sich der retroflectirte Uterus.

Es war also hier ein ähnliches Resultat erzielt worden, wie es nach den meisten Colporrhaphien erreicht zu werden pflegt: Heilung des Prolapses, allerdings noch Fortbestehen der Retroflexio. Nun pflegt jedoch meist nach Heilung des Prolapses wie auch in diesem Falle das Fortbestehen der Retroflexio keine oder nur unwesentliche Symptome zu machen. Schultze (Pathol. u. Therapie d. Lageveränderungen der Gebärmutter) führt dies auf folgende Umstände zurück: »Die Beschwerden der Retroflexion haben zum grossen Theil ihren Grund in Circulationshemmung durch die Torsion der Ligamenta lata, dann in der Zerrung des Peritoneums und in der peritonealen Reizung, die durch die constante Berührung der anomal aneinander gedrängten Flächen entsteht.

Die Zerrung der Ligamenta lata, die dadurch gesetzte Behinderung der Circulation des Uterus war nun, so lange der Vorfall bestand, viel bedeutender. Die Stauung im Uterus ist nach erfolgter Reposition des Vorfalles, auch wenn Retroflexion besteht, sofort vermindert und dauernd geringer. Auch die Strapazen des Peritoneums durch Zerrung und Reibung sind sofort, nachdem der Uterus in's Becken reponirt wurde, geringer. Bei der constanten erheblichen Vertiefung des Douglas'schen Raumes, die den Prolapsus uteri nothwendig begleitet, hat selbst der tief retroflectirt liegende Uterus, der früher vorgefallen war, eine verhältnissmässig bequeme Lage, und wenn er bei verstärkter Bauchpresse selbst tiefer hinabgedrängt wird, als ohne vorausgegangenen Vorfall überhaupt möglich wäre, setzt er noch nicht einmal das Peritoneum nothwendig in Spannung«. —

Angeregt durch die erwähnten Publicationen reiste auch ich vor mehreren Monaten nach Stockholm und nahm dort einen mehrwöchentlichen Aufenthalt. Brandt hatte die Güte, mich fast alle Patientinen untersuchen und die meisten unter seiner Leitung zum Theil behandeln zu lassen.

Wenn ich hier über einen Theil des dort Gesehenen referire, so geschieht es hauptsächlich aus dem Grunde, um einige in einzelnen der erwähnten Publicationen vorhandene Ungenauigkeiten zu corrigiren.

Zunächst glaube ich, ebenso wie Schauta, dass der von Profanter gegebene Name »gynäkologische Massage« nicht sehr glücklich gewählt ist. Die Massage bildet nur einen Theil der Brandt'schen Behandlungsart; letztere beschäftigt sich ausserdem noch mit Dehnung von Adhäsionen und Narben, Reposition verlagerter Organe, Hebung der Gebärmutter und des S Romanum, Blut zum Becken zuleitenden und Blut vom Becken ableitenden Bewegungen.

Richtigere Anschauungen von der Methode ruft wohl der von Schauta gewählte Name »Brandt's manuelle Behandlung der Beckenorgane« hervor; es handelt sich in der That um ein ganzes System meist bimanueller Manipulationen an den Beckenorganen, das bei einzelnen Affectionen gegenüber der bisher geübten Behandlungsweise wohl ebenso einen grossen Fortschritt bedeutet, wie die bimanuelle Palpation der Beckenorgane gegenüber der früher geübten, nur mit einem Finger vorgenommenen Untersuchung. Mittelst dieses Systems gelingt es, manche Patientin auf unblutigem Wege zu heilen, für die bisher nur eingreifende Operationen in Reserve standen.

Die Blut zuleitenden und Blut ableitenden Bewegungen sind meist aus der allgemeinen schwedischen Gymnastik entnommen; neben ihnen werden je nach den Indicationen des Einzelfalles noch andere Bewegungen angewandt, die die Circulation in den übrigen Körpertheilen beeinflussen; zu diesem

Zwecke werden verwendet: Walkungen, Klopfungen, Knetungen, Hackungen der Extremitäten, Rollungen der verschiedenen Gelenke, des Kopfes, Rumpfes etc. unter Widerstand des Patienten oder des Arztes, Walkungen und Streichungen des Magens und Unterleibes etc.

Diesen Bewegungen der allgemeinen schwedischen Gymnastik wird in einigen der erwähnten Publicationen wohl eine zu geringe Bedeutung beigelegt: namentlich bei der Behandlung von peri- und parametritischen Exsudaten wird sicherlich die Curdauer durch die Combination dieser Bewegungen mit der Massage wesentlich abgekürzt. Wenden wir ja doch Blut ableitende Behandlung auch behufs Resorption von Exsudaten an anderen Körperstellen an. Bei der Behandlung von Pleuraexsudaten z. B. ist der Nutzen der Vermehrung der Diurese, der reichlicheren Darmentleerung und Schweissabsonderung anerkannt; in ähnlicher Weise bewirkt die Bauchmassage die Regulirung des bei Genitalerkrankungen so häufig angehaltenen Stuhlganges, die Walkungen, Klopfungen, Hackungen der Arme und Beine, die methodischen Streckungen und Beugungen ihrer Gelenke etc. führen einen vermehrten Blutfluss zu den Extremitäten herbei, was eine Verringerung der venösen Hyperämie im Becken zur Folge hat. Werden diese Manipulationen unmittelbar vor und nach der Massage vorgenommen, so werden dadurch die Verhältnisse bezüglich der Resorption günstig beeinflusst.

Bei Patientinen mit träger Circulation in den Extremitäten lässt sich durch diese Bewegungen verbesserter Blutlauf herstellen; nach einiger Zeit verschwindet das Kältegefühl in den Extremitäten und auch objectiv lässt sich nachweisen, dass die im Beginn der Behandlung stets kalten Hände und Füsse später wärmer wurden und blieben.

Eine grosse Bedeutung für die Resorption haben sicherlich auch die von Brandt angewandten Bewegungen der allgemeinen schwedischen Gymnastik, die den Zweck haben, tiefere Athmungen zu veranlassen. Durch die tiefere Inspiration wird eine mächtige Saugwirkung auf die Vena cava inferior ausgeübt, hiedurch also der Abfluss des Venenblutes aus dem Becken erleichtert. Bei einer tiefen Inspiration sinkt auch der Druck im Ductus thoracicus wesentlich; da die Resorption nun doch zum Theil abhängt von dem Druckunterschiede zwischen Ductus thoracicus und den peripheren Lymphgefässen, so ist eine Vertiefung der Respiration unmittelbar vor und nach der Massage gewiss von Bedeutung.

Auch die durch die Gymnastik hervorgerufene Steigerung der Kraft der Herzcontractionen unterstützt wohl die Resorption.

Brandt wendet zu diesem Zwecke über hundert verschiedener Bewegungsarten der allgemeinen schwedischen Gymnastik an. Dieselben alle detaillirt zu beschreiben, behalte ich mir für später vor.

Die am häufigsten gebrauchten Bewegungen sind die »Knietheilung« und das Tapottement der Wirbelsäule.

Bei der »Knietheilung« liegt die Patientin auf dem Sofa. Die Oberschenkel und Unterschenkel sind stark gebeugt, das Kreuz wird in die Höhe gehoben, so dass der Körper auf Hinterkopf, Nacken und Fersen ruht. Nun trennt der Arzt die fest zusammengeschlossenen Oberschenkel, während die Patientin Widerstand leistet. Sind die Beine weit getrennt, so führt sie die Patientin wieder in die Ausgangsstellung zurück, während der Arzt Widerstand leistet. Wird die Knietheilung vorgenommen, während Patientin mit dem Kreuz auf dem Sofa liegt, so bewirkt sie bloss eine Stärkung des Beckenbodens, da mit der Adductorencontraction gleichzeitig eine Contraction der Musculatur des Beckenbodens stattfindet. Knietheilung bei erhobenem Kreuze bewirkt ausserdem noch Ableitung des Blutes vom Becken; denn in Folge der starken Contraction der Rückenmusculatur findet dort ein regerer Blutzufluss statt. Es wird deshalb diese Bewegung ausser nach den »Hebungen« bei Prolaps auch häufig nach der »Massage« angewandt, um den Abfluss des Blutes aus dem Becken zu begünstigen.

Das Tapottement der Wirbelsäule wird mit der vollen Faust vorgenommen; die Bewegung erfolgt im Handgelenke, es wird rechts und links von den Proc. spinosi geklopft, an der Brustwirbelsäule 12 mal beiderseitig, an der Lendenwirbelsäule 5 mal auf jeder Seite, am Kreuzbeine 7 mal beiderseits. Die Patientin steht nach vorn übergebeugt da, hält sich mit den Händen an einem Tische an. Das Tapottement der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeines wird schwach vorgenommen und nicht oft wiederholt, wenn Erscheinungen von Blutüberfüllung in den Beckenorganen vorhanden sind; es wird dagegen stärker und häufiger (je 3—4 mal) applicirt, wenn es gilt, Blut zum Becken zuzuleiten, wie bei Amenorrhoe, atrophischem Uterus etc. Zeigt ja doch auch das physiologische Experiment, dass kurzes, schwaches Klopfen die Gefässe zur Contraction bringt, länger fortgesetztes Tapottement jedoch eine bedeutende Erweiterung der Blutgefässe zur Folge hat. —

Den eclatantesten Erfolg der Brandt'schen Methode sah ich bei zwei Frauen mit etwa kindskopfgrossen harten parametritischen Exsudaten, die schon viele Monate bestanden hatten. Beide kamen in den ersten Tagen meines Aufenthaltes in Stockholm in Behandlung und war die Anschwellung nach dreiwöchentlicher Cur schon fast vollständig verschwunden. Zunächst wurden von der Assistentin meist einige »Blut ableitende Bewegungen« vorgenommen; zwischen jeder dieser Bewegungen musste Patientin etwas herumgehen. Dann wurde das Exsudat von Brandt massirt.

Bei der Massage liegt die Patientin auf einem etwa 115 cm langen, niedrigen Sofa, hat die Kleider vollständig um die Hüften gelockert und das Corset geöffnet, selbstverständlich vorher die Blase entleert; Oberschenkel und Unterschenkel sind stark gebeugt.

Der Arzt setzt sich neben die Patientin auf einen Stuhl, der ein gutes Stück höher ist als das Sofa, da der Arm beim Massiren viel weniger ermüdet, wenn er von oben herunterreicht. Der Zeigefinger der untersuchenden Hand wird unter dem Oberschenkel der Frau in die Vagina geführt. Dies hat den Vortheil, dass durch den Oberschenkel verhütet wird, dass der Finger einmal unwillkürlich die vordere Wand der Vagina berührt und geschlechtliche Irritation hervorruft. Es wird stets nur ein Finger (der Zeigefinger) in die Vagina eingeführt; bei hoch hinten und oben sitzenden Exsudaten wird der Zeigefinger statt in die Vagina in das Rectum geführt, ebenso bei Jungfrauen.

Der innen befindliche Finger fixirt den zu massirenden Theil und drückt ihn, wo möglich, sanft gegen die Bauchdecken.

Die andere Hand des Arztes führt nun kreisförmige Reibungen aus mit den Volarflächen der dritten Phalangen des 2. und 3., oder des 3. und 4. Fingers. Vermieden wird mit den Nägeln zu reiben. Dabei werden Hand- und Fingergelenke möglichst steif gehalten. Die Bewegungen erfolgen im Schulter- und Ellenbogengelenk.

Zunächst wird gewöhnlich die Gegend seitlich des Promontoriums massirt, um die in den dort befindlichen Drüsen vorhandene Lymphe möglichst wegzustreichen; dann werden die äusseren Parthien des Exsudats massirt und zuletzt erst die central gelegenen.

Die äussere und innere Hand folgen sich bei allen diesen Bewegungen.

Da stets nur die äussere Hand reibt, so wird geschlechtliche Erregung immer vermieden.

Brandt massirt bei grossen Exsudaten bis zu 30 Minuten, bei kleineren Knoten je nach der Empfidlichkeit der kranken Stelle und je nach ihrer Ausdehnung nur 5 bis 15 Minuten lang.

Im Anfange der Cur massirt er nur kurz und sanft, um die Empfindlichkeit der Patientin zu prüfen. Mit der auf die Massage zu verwendenden Zeit und Kraft wird dann je nach der Beschaffenheit des Einzelfalles gestiegen.

Nach Beendigung der Massage folgen meist noch einige Bewegungen der schwedischen Gymnastik.

(Schluss folgt.)

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Dr. **Hermann Ortloff,** Landgerichtsrath in Weimar: **Gerichtlich-medicinische Fälle und Abhandlungen.** Unter Mitwirkung von Aerzten und Juristen herausgegeben. Heft II.

Als Fortsetzung seiner im vorigen Jahre begonnenen »gerichtlich medicinischen Fälle und Abhandlungen« (vide 1887, Nr. 37 dieser Wochenschrift) bringt Ortloff im zweiten Heft wieder mehrere interessante Vorkommnisse aus der forensen Praxis zur Sprache.

Im ersteren Theil wird von Staatsanwalt Siefert die Frage, ob Mord oder Selbstmord, ob Erwürgen oder Erdrosseln, erörtert.

Die im schwangeren Zustande sich befindende Anna H. wurde am 15. Mai von ihrer Mutter, die auf den von der H. mehrmals ausgestossenen Ruf »ein Wasser, ein Wasser« erwachte, Nachts 1/2 3 Uhr auf dem Boden des neben dem Schlafraume sich befindenden Zimmers liegend gefunden. Um den Hals hatte sie ein zweimal umschlungenes Band, das mit einer einfachen Schleife, die auf der linken Seite etwas hinter dem Ohre sass, zugebunden war. Sie hatte sich erbrochen, hatte Koth unter sich gehen lassen, konnte nicht stehen, schleppte die Beine nach, und die Bewusstlosigkeit oder vielmehr Benommenheit hielt noch mehrere Tage an. Ausser der Strangfurche um den Hals, die am 1. Juli noch deutlich sichtbar war, wurden auf der rechten Seite des Halses noch 3 blaubraune Flecken ohne Kratzspuren wahrgenommen, welche unmittelbar übereinanderliegend den Eindrücken von 3 Mittelfingern entsprachen und eine ganze Woche hindurch sichtbar blieben. Das Mädchen selbst erzählt, dass ihr Geliebter um 10 Uhr Abends bei ihr gewesen sei, sie erinnert sich nur noch, dass derselbe seinen Arm um ihre Taille gelegt und gesagt habe: Hier bringe ich dir noch etwas ..... Von da an aber wisse sie nicht mehr, was mit ihr vorgegangen sei.

Es entstand nun die Frage, ob hier der Versuch eines Mordes oder eines Selbstmordes vorliege.

Der erste Sachverständige nun hielt die Möglichkeit eines Selbstmordversuches nicht für ausgeschlossen, zumal die Annahme der Druckspuren am Halse nur auf der Aussage des Vaters und Bruders der H. beruhten und das Vorhandensein der Schleife an dem umschlingenden Bande nicht absolut gegen Selbsterdrosselung sprechen dürfe. Von Betäubung durch irgend ein Mittel, insbesondere durch Chloroform, das zwar rasch aber auch nicht plötzlich besinnungslos mache, könne nicht die Rede sein und der Aussage des Mädchens, dass sie von dem Momente an, wo ihr Geliebter die Hand um sie gelegt, keine Erinnerung mehr gehabt, steht er ungläubig gegenüber. Der zweite Sachverständige hält die Aussage des Mädchens über den Eintritt ihrer Bewusstlosigkeit für glaubwürdig. Auch wenn das Bewusstsein der H. nach der Umklammerung des Halses, auf welche die Druckspuren, deren Vorhandengewesensein zu bezweifeln kein Grund vorliegt, nicht sofort geschwunden ist, was an und für sich möglich, (Caspar, Liman, Maschka, Hoffmann), so kann ja, wie es thatsächlich oft vorkommt, das Erinnerungsvermögen für die der wirklichen Einstellung der Gehirnthätigkeit vorausgegangenen Ereignisse verloren gegangen sein. Es ist kaum anzunehmen, dass die H., wenn sie sich selbst zu erdrosseln versucht hätte, nach festem Anziehen der Schnur auch noch die Schleifenbildung in der vorgefundenen Weise bewirken konnte. Eine correcte Schleifenbildung spricht überhaupt von vornherein gegen Selbsterdrosselung, da durch festes Anziehen des Bandes schon das Bewusstsein schwindet, die Hände erlahmen und eine Knoten- oder Schleifenbildung wohl nicht möglich ist. Ebenso spricht gegen die Selbsterdrosselung die Stärke der Strangulationsmarke, die nach 45 Tagen noch deutlich sichtbar war. Eine Selbsterdrosselung ohne die Anwendung eines Stockes, Knebels u. s. w. als Mittel zum Festziehen der Schlinge kommt thatsächlich äusserst selten vor. Gegen Selbsterdrosselung spricht aber immer auch das Vorhandensein von Würgespuren; Würgen, das dem Drosseln ja sehr häufig vorausgeht, ist in allen Fällen auf fremde Einwirkung zurückzuführen. Von grosser Bedeutung ist daher auch bei Würdigung von vorgefundenen Flecken am Halse die Lage derselben, ob übereinander, wie in unserem Falle oder nebeneinander, wie es beim Erdrosseln und Erhängen sein kann, wenn bei Unterbrechung der Strangfurche sich Eindrücke und Hautabschürfungen zeigen, die dann nebeneinander in einer »Ebene« gelegen sind und miteinander durch eine um den Hals gezogene Kreislinie verbunden werden können, was beim Erwürgen nie der Fall ist.

Im zweiten Theile des Heftes wird die Frage einer Verbrechensverübung im Traumwandeln besprochen.

Eine 37 jährige mit Schwerhörigkeit behaftete und wegen der dadurch bedingten Zurückgezogenheit in ihrem Dorfe als geistig nicht klar verschrieene Frau war beschuldigt, ihr Haus angezündet zu haben. Die Anklage beruhte einzig auf der Angabe der vielleicht selbst nicht uninteressirten Dienstmagd, die gesehen haben will, wie ihre Herrin dreimal in den Hof ging, um Reisig zu sammeln, das sie in den zweiten Stock des Hauses getragen; kurz darauf habe sie, die Magd, das Geprassel des Feuers vernommen. Als es bereits stark brannte, musste die Frau aus tiefem Schlafe geweckt werden, sie kam kaum mit dem Leben davon, wie auch das Leben ihres Mannes und ihres Kindes in Gefahr war, und werthvolle Vermögensstücke zu Grunde gegangen sind.

Der Gerichtsarzt, der bei der Frau keinerlei geistige Störungen nachweisen konnte, weder vor noch nach der That, glaubt jedoch, die Wahrheit der Aussage des Dienstmädchens vorausgesetzt, die Annahme nicht von der Hand weisen zu können, dass sie während der That nicht im vollen Besitze eines ungetrübten Selbstbewusstseins war: sie habe die fragliche Handlung in einem Zustande von traumartiger Sinnesverwirrung ausgeführt, nach Vollbringung derselben sei sie schlafend in das Bett zurückgekehrt, habe darin fortgeschlafen und nach dem Erwachen nicht gewusst, wie der Brand entstanden sei. Das ganze Gutachten ging von der Voraussetzung der Wahrheit der Aussage der Dienstmagd aus und musste bei dem guten geistigen Befinden der Frau und Mangels anderer Wahrnehmungen von vorausgegangenem Schlafwandeln bei derselben somit um so fraglicher erscheinen, als die nach Annahme der gerichtlichen Medicin ungemeine Seltenheit des Zustandes des Schlafwandelns bei Erwachsenen von vornherein misstrauisch macht gegen die Aufstellung, dass wirklich in einem schlafähnlichen Zustande so vollständig durchdachte und gut vorbereitete Handlungen, wie sie von der Dienstmagd bei ihrer Herrin beobachtet, und wie ähnliche aber von Anderen bei derselben noch nicht wahrgenommen wurden, ausgeführt worden sein sollten.

Das Schlafwandeln, eine chronische Neurose, wahrscheinlich eine Theilerscheinung anderer Nervenkrankheiten (Epilepsie, Hysterie), kommt vorwiegend im jugendlichen Alter, bei Erwachsenen aber ganz selten vor; es ist zweifellos, dass in solchen Anfällen, ähnlich wie beim transitorischen Irresein, strafbare Handlungen ohne Rückerinnerung an das Geschehene vollbracht werden können. Der concrete Fall ist jedesmal besonders zu erforschen mit Rücksicht auf das Alter des Individuums, anamnestische Momente bezüglich des bisherigen Verhaltens im Schlafe, namentlich auch, ob nicht etwa aus pathologischen Gründen (psycho- oder neuropathischer Constitution) eine abnorme Reaction auf die betreffenden Eindrücke erfolgt sein konnte; immerhin sehr verdächtig ist es, wenn der som-

nambule Zustand damals, wo das Verbrechen verübt wurde, zum ersten Male aufgetreten sein soll.

Wir empfehlen die Schrift dem eingehenden Studium der Collegen. Die bisherigen Abhandlungen Ortloff's, denen immer ein concreter Fall zu Grunde gelegt ist, zeichnen sich hauptsächlich dadurch aus, dass sie an der Hand einer vergleichenden Zusammenstellung aus der bekannten Literatur eine vollkommen erschöpfende epikritische Klarlegung der strittigen Momente bringen. Beide ebengenannten Abhandlungen haben ausserdem gegenüber der früheren im ersten Hefte gebrachten, noch den Vorzug einer, bei vollständig erschöpfender Behandlung der Sache, wohlthuenden Kürze. Demuth.

Dr. **Moeli: Ueber irre Verbrecher.** 180 S. Berlin, 1888.

Die Arbeit bespricht einige der wichtigsten Fragen des im Titel erwähnten Themas. Es liegen ihr über 300 eigene Beobachtungen zu Grunde, welche fast alle Berliner irren Verbrecher und verbrecherischen Irren der letzten Jahre repräsentiren. Mehr als die Hälfte der Broschüre nimmt die concise, oft vielleicht allzuknappe Anführung der einzelnen Fälle, geordnet nach der Art der begangenen Verbrechen und versehen mit verbindenden und erklärenden Bemerkungen ein. Ein zweiter Abschnitt behandelt den Zusammenhang von Geistesstörung und Verbrechen. Hier wird gezeigt, dass unter den Geisteskranken sich 3—6 mal mehr Leute befinden, welche mit dem Strafgesetz in Collision gekommen sind als unter der gesunden Bevölkerung. — Ueber 30 Proc. der wegen Bettelns und verwandten Uebertretungen bestraften Kranken litten an angeborner Geistesschwäche; bei mehr als 40 Proc. der Bettler war Alkoholmissbrauch constatirt worden. Fast alle der Körperverletzung angeklagten Kranken fröhnten dem Alkohol in excessiver Weise; zur Zeit des Verbrechens waren sie fast ausnahmslos schon krank. Ebenso sind unter 12 der Tödtung beschuldigte Kranken 10 zweifellos verbrecherische Irre (Geistesschwäche, Angstzustände, Hallucinationen). Die Verbrechen gegen die Sittlichkeit sind fast alle von Schwachsinnigen begangen worden. Ueberhaupt überwiegen die verbrecherischen Irren gegenüber den irre gewordenen Verbrechern ganz ausserordentlich; nur bei den einfachen Eigenthumsverbrechern ist bei 16 Männern von 67 zur Zeit der That eine Geistesstörung nicht anzunehmen, während sie bloss bei 27 sicher nachzuweisen war; bei den gewohnheitsmässigen Eigenthumsverbrechern bestanden psychische Schwäche oder auch andere krankhafte Eigenthümlichkeiten in 38 Proc., indess Geisteskrankheit im Anfang der Verbrecherlaufbahn bei ebenfalls 38 Proc. derselben nicht nachgewiesen wurde. Bei 40 Proc. derselben fand sich in der directen Ascendenz Geistesstörung oder Epilepsie.

Die beiden folgenden Abschnitte handeln über die Feststellung des Geisteszustandes und die Simulation von Geistesstörung. Der letztere ist sehr interessant und constatirt wieder gegenüber den Ansichten der Laien und Juristen die grosse Seltenheit der erfolgreichen Simulation, da Verfasser keinen einzigen als geisteskrank erklärten Gesunden sah, während das Umgekehrte häufig vorkommt; dagegen versuchen Geisteskranke, die sich relativ für gesund halten, nicht selten eine Psychose zu simuliren. — Im letzten Abschnitt, über die Behandlung geistesgestörter Verbrecher kommt Verfasser zu dem Schluss, dass dieselben am besten in den gewöhnlichen Irrenanstalten untergebracht werden, und zwar in besonderen Abtheilungen, da sie, vor Allen die gewohnheitsmässigen Eigenthumsverbrecher, mehr zum Complottiren, zum Ausbrechen und zu gefährlichen Attentaten geneigt sind als andere Geisteskranke. Dies mag, trotz der entgegengesetzten Ansicht Sander's, welcher die gewöhnlichen Abtheilungen der Irrenanstalten für ausreichend hält, für Berliner und ähnliche Verhältnisse richtig sein, während unter kleineren Verhältnissen sich doch wohl die Einrichtung besonderer Abtheilungen nicht lohnt und auch nicht als nöthig erweist. Ganz einverstanden kann man aber mit dem Verfasser sein, wenn er die Zweckmässigkeit von selbständigen oder mit den Zuchthäusern verknüpften Specialasylen für geisteskranke Verbrecher verneint. Bleuler.

Vereinswesen.

XIII. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte zu Freiburg i./B.

am 9. und 10. Juni 1888.

(Originalbericht.)

(Schluss.)

Die II. Sitzung wurde Sonntag den 10. Juni Morgens um $9^1/_4$ Uhr von dem Vorsitzenden Prof. Jolly (Strassburg) in der psychiatrischen Klinik zu Freiburg eröffnet. Zuerst wurden die Baulichkeiten der neuen Klinik, die erst seit dem April a. c. bezogen ist, von der Versammlung unter Leitung von Professor Emminghaus mit grossem Interesse besichtigt. Darauf wurde Baden-Baden zum nächstjährigen Versammlungsort bestimmt, eine Reihe sonstiger geschäftlicher Angelegenheiten erledigt, die Herren Prof. Erb und Director Dr. Franz Fischer (Illenau) zu Geschäftsführern für das laufende Jahr ernannt. Schliesslich wurde die Reihe der Vorträge fortgesetzt.

Es sprachen:

Docent Dr. **Hoffmann** (Heidelberg): **Ueber einen Fall von progressiver Muskelatrophie.**

H. berichtet über einen Fall von progressiver Muskelatrophie. Die Krankheit befiel ein Mädchen in frühester Kindheit; die Kranke selbst kam im 8. Jahre in Beobachtung. Die charakteristischen Symptome der Krankheit waren: wahrscheinlich familiäre Belastung; Beginn der Atrophie und der mit ihr gleichen Schritt haltenden Parese an den vom Rückenmarke entferntesten Muskelgebieten (zuerst der unteren, mehrere Jahre später der oberen Extremitäten); progressiver Verlauf mit ascendirendem Charakter; schwere, sehr eigenthümliche Veränderungen der electrischen Erregbarkeit, sowohl der paretischen, wie der nicht gelähmten (Gesichts- etc.)-Muskeln und Nerven; Sensibilitäts-Störungen, Fehlen der Sehnenreflexe, verminderte mechanische Muskel-Erregbarkeit, Unruhe der Muskeln, Klumpfuss etc. H. glaubt, dass der Fall eine besondere Form von progressiver Muskelatrophie bilde, die in der Mitte stehe zwischen der spinalen und der myopathischen progressiven Muskelatrophie. Weiter führt er aus, dass sich anatomisch wahrscheinlich multiple Nerven-Degeneration finden werde und man desshalb die Krankheit als neurotische progressive Muskelatrophie bezeichnen könne. Trotz der Aehnlichkeit der Affection mit peripheren Nervenerkrankungen, schliesst sich H. mehr der Ansicht von Charcot an, dass doch eine Myelopathie das Primäre des Leidens sei.

Dr. **Koeppen** (Strassburg): **Ueber Albuminurie bei Geisteskranken.**

Es findet sich im Urin Geisteskranker viel häufiger Eiweiss als bisher angenommen wurde. Die Fälle, in denen die Albuminurie als wesentliches Moment des Zustandes auftrat, lassen sich in 3 Gruppen bringen.

1. Psychosen, welche sich auf Grund einer Nephritis entwickelt haben. Es giebt hier psychische Störungen, die man direct als urämische Intoxications-Psychosen auffassen kann.

2) Psychosen, die sich auf Grund einer allgemeinen Arteriosclerose entwickelten. Das Auftreten von Eiweiss ist hier abhängig entweder von der Beschaffenheit des Gefässsystems oder von einer Nierenerkrankung, hervorgerufen durch die Arteriosclerose.

Fürstner fand bei Delirium tremens im Urine Eiweiss und constatirte, dass dasselbe mit der psychischen Verwirrtheit und Benommenheit zunahm.

Dieser Satz lässt sich verallgemeinern: Man findet in den allermeisten Fällen, wo psychische Verwirrtheit und Benommenheit besteht, Eiweiss im Urin und zwar zu- und abnehmend mit den psychischen Erscheinungen: beim Delirium acutum, in bestimmten Stadien der Manie u. s. w. Es gelang nicht allein das gewöhnliche Eiweiss, sondern auch Propepton im Urin zu constatiren. Das Propepton ist nach den Beobachtungen K.'s in vielen Fällen als das erste Anzeichen eines Einflusses des Gehirns auf die Nieren aufzufassen. Die Urine hatten meistens hohes specifisches Gewicht.

Microscopisch fand sich selbst in Fällen mit sehr viel Al-

bumin nichts als zuweilen spärliche hyaline Cylinder und einige Epithelien. Es ist also das Auftreten des Eiweisses in diesen Fällen allein auf den Zustand des Gehirns zurückzuführen und man könnte in einem gewissen Sinne von einer centralen Albuminurie sprechen. (Die Untersuchungen K's werden ausführlicher veröffentlicht.)

Dr. **Edinger** (Frankfurt a. M.): **Ueber Entwicklung des Hirnmantels in der Thierreihe.**

Vortragender demonstrirt eine Anzahl von Präparaten und Zeichnungen, welche die Entwicklung des Vorderhirns in der Thierreihe betreffen. Redner hat versucht, den complicirten Bau des Säugergehirnes besser zu verstehen durch Verfolgung von dessen wichtigsten Theilen durch die Thierreihe hindurch. Die Resultate seiner Arbeit, die in den Abhandlungen der Senkenbergischen naturforschenden Gesellschaft soeben in extenso erschienen ist, sind kurz die folgenden: Der Hirnmantel erreicht nur sehr allmählich die Ausbildung, die wir an ihm bei den Säugern kennen. Eine ununterbrochene Entwicklungsreihe von den niederen Formen zu den höheren ist nicht vorhanden. Der rein epitheliale Hirnmantel der Knochenfische und der Cyclostomen und das wesentlich dem primären Vorderhirn entsprechende Vorderhirn der Selachier, welches entwicklungsgeschichtlich studirt wurde, werden demonstrirt. Von ihnen führen keine Uebergangsformen zu dem ausserordentlich einfach gebauten Gehirn der Amphibien, von denen Redner eine grosse Anzahl in allen Altersstufen untersucht hat. Die Grundformen des Amphibiengehirns sind bei den Reptilien noch nachzuweisen, aber im Reptilienhirn beginnt mit dem Auftreten der Hirnrinde, dem ersten in der Thierreihe, diejenige Hirnform, von der sich das Organ der Vögel und das der Säuger ableiten lassen. Bei den Reptilien tritt auch die Ammonsformation und der aus ihr entspringende Fornix zuerst auf.

Während der Mantel alle diese Wandlungen durchmacht, bleibt im Grossen und Ganzen die Lage und Structur des Stammganglions wesentlich durch die ganze Reihe hindurch die gleiche. Bei den Knochenfischen bildet es die Hauptmasse des Gehirns, mit zunehmender Mächtigkeit des Mantels aber tritt es mehr und mehr in die Tiefe zurück und wird schliesslich bei den Säugern zu einem im Vergleich mit der übrigen Vorderhirnmasse kleinen Hirnstücke.

Privatdocent Dr. **Ziehen** (Jena): **Zur Physiologie der subcorticalen Ganglien und über ihre Beziehungen zum epileptischen Anfall.**

Z. hat im Anschluss an frühere Versuche, welche bewiesen, dass der klinische Antheil des beim Hunde durch faradische Rindenreizung ausgelösten Krampfes corticalen Ursprungs ist, der tonische Antheil und die Laufbewegungen hingegen, infracorticalen und im Anschluss an die Versuche von Binswanger, welcher in der Med. oblongata und im Pons Reflexcentren fand, die auf Reizung mit tonischem Krampf, sowie Laufbewegungen antworteten, Reizungsversuche am Corp. striatum, nucl. lentiformis, thalam. opticus und den Vierhügeln nach Abtragung der Grosshirnhemisphäre angestellt.

Als Versuchsthiere dienten zunächst Kaninchen; als Reizungsmittel wurde Berührung und oberflächliche Verletzung mit stumpfer Nadel verwandt, nur selten der faradische Strom; ausserdem wurden zahlreiche Durchschneidungsversuche angestellt.

Faradische Reizung am Streifenhügel und Linsenkern löst Mastication, Flimmern der Lippen, Drehung des Kopfes nach der gekreuzten Seite, tonische Contraction der gekreuzten und in schwächerem Grade auch der gleichen Seite aus. Aehnliche tonische Contractionen erfolgen bei stärkerer faradischer Reizung des Thalamus opticus.

Durchschneidung desselben führt zu excessiver Laufbewegung mit Locomotion des Thieres. Dieselben krampfhaften Laufbewegungen kommen zu Stande bei Reizung im Gebiete des vorderen Vierhügel.

Mechanische, faradische Reizung, sowie Durchschneidung im Gebiet der hinteren Vierhügel löst einen allgemeinen extremen, die Reizung überdauernden tonischen Krampf aus.

Aus den Versuchen Ziehen's ergibt sich, dass in der Gegend des Thalam. opticus und der vorderen Vierhügel motorische Centren für höher coordinirte Bewegungen gelegen sein müssen.

In den obigen Versuchen sind dieselben nicht direct, sondern wahrscheinlich reflectorisch erregt worden; es dürfte hierbei der intra-cerebralen Bahn des N. opticus eine bedeutsame Rolle zufallen.

Prof. **Thomas** (Freiburg) macht eine autopathische Mittheilung, betr. eine eigenthümliche Erscheinung von Blasenreiz (leichte Strangurie) bei irgend welcher mechanischen Reizung der Mundschleimhaut, ohne dass sonstige neuropathische Phänomene zu constatiren wären.

Dr. **Cramer** (Freiburg): **Ueber die Wirkung des Sulfonal bei Geisteskranken.**

(Der Vortrag ist in dieser Zeitschrift bereits abgedruckt.)

Prof. **Kast: Ueber musikalische Störungen bei Aphasie.**

Schon früher hatte Vortragender über die interessante Erscheinung berichtet, dass musikalisch begabte und technisch gut gebildete Individuen mit dem Eintritt einer aphasischen Erkrankung die Fähigkeit einbüssten, aus einem möglicherweise reichen Schatze musikalischer Vorstellungen auch nur die allereinfachsten in correcter Weise zu reproduciren, — und dies ohne nachweisbare Beeinträchtigung der Qualität des musikalischen Hörens und ohne jede Behinderung im peripheren Bewegungsapparat. Der erste von Kast publicirte Fall[1]) betraf einen Landwirth, der an rechtsseitiger Hemiplegie mit Broca'scher Aphasie litt und das Unvermögen zeigte, correct zu singen, während er vorher ein guter Sänger gewesen war — bei Erhaltensein der musikalischen Fähigkeiten nach der perceptiven Seite und guter Intelligenz. Die expressiven Störungen auf musikalischem Gebiete blieben noch bestehen, als die Sprache sich bereits gebessert hatte! — Die neue Beobachtung Kast's betrifft einen gebildeten, als Musikdilettant sehr geschätzten Herrn von 45 Jahren, der vor 20 Jahren sich luetisch inficirt hatte, 2 apoplectische Anfälle erlitt und nach dem zweiten eine Broca'sche Aphasie davontrug mit ausgesprochener Schreibstörung. — Während sich die Sprache innerhalb von Monaten besserte, zeigte sich Patient unfähig, nicht nur einfache Weisen und Tonfolgen, sondern auch einzelne bestimmte musikalische Töne spontan oder nach Vorspielen und Vorsingen zu reproduciren und zwar weder gesanglich noch auf der Geige, trotzdem er vorher ein in weiten Kreisen gern gehörter Solosänger und guter Violinspieler gewesen war.

(Die Beobachtung wird ausführlich im Archiv für Psychiatrie veröffentlicht werden.)

Um 12 Uhr Mittags wird die XIII. Wanderversammlung geschlossen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 27. Juni 1888.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Discussion über den Vortrag des Herrn **v. Bergmann: Ueber multiple Exostosen.** (Vergl. Nr. 25.)

Herr Rosenstein bespricht eine Serie von hereditär auftretenden multiplen Exostosen, welche sich bei Mutter und 4 Töchtern finden. Ein operirter Fall zeigte ebenfalls, wie der des Hrn. v. Bergmann, eine mit seröser Flüssigkeit gefüllte, cystische Umhüllung ähnlich einer Gelenkkapsel.

An der Discussion betheiligt sich ferner noch Hr. v. Bergmann.

Discussion über den Vortrag des Herrn **Henoch: Ueber Schädellücken im frühen Kindesalter.** (Vergl. Nr. 24.)

Herr Henoch stellt das eine der beiden Präparate vor. Aus der einfachen Betrachtung gehe mit Sicherheit der traumatische Ursprung hervor. Nach den Ausführungen des Herrn Liman handelt es sich wesentlich um die Frage, ob es mög-

[1]) Diese Wochenschrift, 1885, Nr. 44.

lich ist, dass sich die ursprünglich haarfeinen Fissuren nach und nach zu breiten Spalten erweitern.

Das lässt sich so erklären, dass von den Spalträndern aus durch Resorption allmählich Stücke verloren gehen, was bei einem Knochen in den ersten Lebensmonaten bei den eigenartigen Gesetzen des Wachsthums nichts Wunderbares hat. Dann aber ist es klar, dass das andauernde Wachsthum und die respiratorische Bewegung des Gehirnes eine ausreichende Callusbildung verhindert.

Herr Virchow erinnert daran, dass die Fissuren des Schädels überhaupt sehr schwer zum knöchernen Verschluss gelangen; es ist noch gar nicht lange her, dass man annahm, sie heilen überhaupt nur durch fibröse Vereinigung. Es kommen viele Fälle vor, wo selbst bei günstigem Verlaufe Löcher zurückbleiben.

Die Schwierigkeit, solche Fissuren zu heilen, hat sogar den verstorbenen Gudden auf die Idee geführt, durch Herstellung von Fissuren künstliche Nähte zu schaffen. Der Plan scheiterte, weil Fissuren eben keine Nähte sind und ein Knochenwachsthum von hier aus nicht stattfindet.

Auffällig ist natürlich die Vergrösserung der Fissur; diese kann nicht anders entstanden sein, als durch den wachsenden Druck im Inneren des Schädels. Hierüber ist wenig bekannt.

Herr v. Bergmann hat einmal vor Gericht über einen ganz ähnlichen Fall ein Gutachten abgeben müssen. Ein Mann war angeklagt, sein Kind ermordet zu haben. Der ihm vorgelegte Schädel wies eine ganz ähnliche Spalte auf, wie sie Henoch beschrieben hat, ebenfalls eine klaffende Lücke, verschlossen durch eine entzündliche Membran. Er begutachtete, dass ein Trauma vorgelegen habe, aber kein unmittelbar dem Tode vorhergegangenes (das Kind war $2^3/_4$ Jahre alt), sondern ein aus den ersten Lebensmonaten stammendes; das zeigten die Veränderungen der Knochenränder und die der Dura mater angehörige, obturirende Membran: ferner die exquisite Asymmetrie des Schädels, welche, wie Gudden nachwies, regelmässig bei Schädelfissuren eintritt, welche aber naturgemäss zu ihrer Entwicklung eine geraume Zeit in Anspruch nimmt. In der That zeigte es sich, dass das Kind in seinen ersten Lebensmonaten aus dem Bette gefallen war und die Fissur entsprach auch den durch Einwirkung eines breiten harten Körpers entstandenen.

Trotz meines Gutachtens, welches der Angeklagte wohl nicht verstanden hatte, legte er das Geständniss ab, durch einen Schlag auf den Kopf das Kind ermordet zu haben und wurde verurtheilt.

Bei Kindern, welche durch Trauma eine Schädelfissur erlitten haben, sind drei Zustände möglich, welche zur Bildung einer fluctuirenden Geschwulst unter der unverletzten Haut führen können: 1) Ein Bluterguss, in den Symptomen einem gewöhnlichen Cephalhaematom ähnlich; 2) kann unter der Fissur die Dura reissen, dann tritt Liquor cerebrospinalis unter die Galea und es entsteht eine grosse flucturirende und natürlich pulsirende Geschwulst. Diese beiden Arten sind sicher beobachtet, von der letzteren zuerst von mir 5 Fälle publicirt; 3) sind denkbar, Lymphergüsse unter die Galea aus zerrissenen Lymphstämmen.

Die zweite, interessanteste Art ist ausserordentlich hartnäckig. Ein von mir in Petersburg behandelter Fall heilte nach mehrfacher Punction und dauernder Compression erst nach mehr als 2 Jahren, ein Fall von Winiwarter brauchte noch mehr.

Herr Liman muss angesichts des Präparates ohne Weiteres zugeben, dass die Lücke traumatischen Ursprungs ist und legt seinerseits eine Sammlung congenitaler Defecte im kindlichen Schädel vor.

Discussion über den Vortrag des Hrn. **Schlange: Zur Pathologie und Therapie der Prostatahypertrophie.** (Vergl. Nr. 25.).

Herr Fürstenheim bemängelt das Verfahren des Medianschnittes an der gefrorenen Leiche. Herr Schlange hat ganz richtig gesagt, dass normale Prostata und Urethra eine ganz ungemeine Beweglichkeit besitzen; aber auch die hypertrophirte Prostata ist nicht so fixirt wie er es behauptet hat und wie aus den Sägeschnitten hervorzugehen scheint. Er empfiehlt dagegen seine vor 18 Jahren demonstrirte Methode der Präparation, bei welcher der wichtigste Theil der Harnröhre, die chirurgische Wand, erhalten bleibe, während dieselbe mit ihren wichtigeren, hahnenkammartigen Anhängen durch den Sägeschnitt ganz zerstört wird.

Wenn Herr Schlange ausschliesslich seinen langen, elastischen Katheter empfiehlt, so ist zu sagen, dass ein sehr reichliches Instrumentarium dazu gehört, um bei allen Fällen in die Blase zu gelangen, besonders die Sonde bicondée, die Jacques-Patent-Katheter, die starken Metallinstrumente, durch deren Fenster elastische Katheter geschoben werden können u. s. w.

Herr v. Bergmann: Fürstenheim hat von allem Anderen gesprochen, nur nicht von Schlange's Vortrag. Der Vortheil seiner Präparirmethode liegt wesentlich darin, dass der bisher meist ganz vernachlässigte vordere Lappen der Prostata in seiner wesentlichen Bedeutung für die Symptomatologie des Leidens und für den Katheterismus erkannt worden sei. Herrn Fürstenheim's Verfahren mag ja vor 18 Jahren ganz nett gewesen sein. Aber den vorderen Lappen der Prostata von der Symphyse abpräpariren ist gar keine Methode; denn die Theile werden bis zur Unkenntlichkeit aus ihrer gegenseitigen Stellung verschoben.

Es ist sicher kein Zufall, dass unter den beiden Fällen von Schlange einer mit deutlicher Hypertrophie des Vorderlappens sich findet, ein früher für äusserst selten gehaltener Befund; und die praktische Wichtigkeit der Frage geht daraus hervor, dass mit erschreckender Häufigkeit in unsere Klinik Fälle kommen, wo ein gewaltsamer Katheterismus gerade den vorderen Lappen perforirt und zu Harninfiltration und schweren Allgemeinerscheinungen geführt hat.

Herr Casper schliesst sich der Vertheidigung des Sägeschnittverfahrens an. Wenn Thomsen unter 125 Fällen von Prostatahypertrophie nur 3 des vorderens Lappens aufzählt, so kann das nur an dem mangelhaften Sectionsverfahren liegen. Wichtig sind Schlange's Ergebnisse auch insofern, als der Patient mit Vergrösserung des vorderen Lappens alle Beschwerden des Prostatikers hatte und weil ein klares Licht auf die Thatsache gefallen ist, wesshalb alle Anstrengungen des Zwerchfells und der Bauchpresse die Ischurie beim Prostatiker nur vermehren, weil der intraabdominale Druck jene klappenartige Vorrichtung nur um so fester schliesst.

Es betheiligt sich noch Herr Virchow.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 25. Juni 1888.

Vorsitzender: Herr Leyden.

Nach einem warmen Nachruf des Vorsitzenden auf des Hochseligen Kaisers Friedrich III. Majestät tritt die Versammlung in die Tagesordnung ein.

Herr Dr. **Einhorn** (New-York) stellt eine neue, vereinfachte Methode des Zuckernachweises im Urin mittelst der Gährungsprobe vor.

Herr **Fraentzel: Ueber angeborene Enge des Aortensystems.**

F. beobachtete zuerst 1875 einen Fall, dessen Diagnose zuerst grosse Schwierigkeiten machte. Es war ein robuster, kräftiger Mann von 34 Jahren mit Oedem der Unterextremitäten, Puls 100—112, regulär; vom Nervensystem keine Erscheinungen, über den Lungen ab und zu ein Rasselgeräusch. Arterien, und zwar nicht nur Radialis, sondern auch Carotis und Cruralis auffallend eng, »wie Stricke.« Das Herz war wesentlich nach links und unten vergrössert, Spitzenstoss nach aussen verlagert, sehr hoch und resistent. Herztöne dabei rein, Urin frei von Eiweiss, Menge etwas vermindert. Er stammte aus gesunder Familie, besonders waren unter seinen Verwandten nie Herzkrankheiten gewesen.

Bis zu seinem 15. Jahre war er gesund gewesen; dann begannen die Beschwerden der Kurzathmigkeit, jedoch konnte

er seinem Beruf als Gärtner leben, wenn er sich auch niemals sehr angestrengt hat. Als er zum Militär eingezogen wurde, unterlag er sofort den Anstrengungen des Dienstes; er wurde wegen beginnenden Lungenübels und beginnender Herzbeutelwassersucht entlassen.

Nach einer Reihe von Jahren führte ihn Hydrops in die Charité. Opiate und Digitalis stellten ihn her, aber erst am letzten Tage seines mehrwöchentlichen Aufenthaltes wagte ich die Diagnose zu stellen: Angeborene Enge des Aortensystems.

Wir wussten darüber schon Manches. Morgagni hatte Fälle gesammelt, Meckel der Aeltere hatte schon Fälle von Hypertrophia cordis darauf zurückgeführt, Virchow hatte ausführlich darüber gearbeitet. Aber es waren weit mehr pathologische, als klinische Erfahrungen.

Von der allgemeinen Verengerung des Aortensystems ist bisher wenig die Rede gewesen, obgleich es klar ist, dass eine allgemeine Verengerung der Aorta ebenso zur Hypertrophie des linken Ventrikels führen muss, wie eine partielle, etwa durch Endocarditis entstandene Stenose. Sind die Anforderungen an ein solches Herz angemessene, so wird sich das Stadium der Compensation lange halten können; andernfalls kommt es zur Compensationsstörung, Hydrops, Dyspnoe.

Der Mann hielt sich noch eine Reihe von Jahren; schliesslich gieng er zu Grunde. Die Obduction ergab eine ganz exquisite Enge der ganzen Aorta. Ich nahm den Fall zu Protokoll und hoffte auf einen neuen, besonders weil ich aus meiner Pathologenzeit her wusste, dass derartige allgemeine Verengerungen recht häufig auf dem Seciertisch gefunden werden.

Ich musste lange warten. Erst 1886 kam ein Patient auf die Abtheilung, dessen Symptomatologie sich mit der des vorigen Falles deckt. Ich stellte ihn als »Ueberanstrengung des Herzens« vor; doch war immerhin auffällig die enorme Spannung der Arterien, während bei Ueberanstrengung des Herzens geringe Spannung die Regel ist und es erklärte der Patient jedes Mal nachher meinen Hörern, er habe sich niemals überanstrengt.

Der Mann acquirirte später eine Tuberculose und gieng zu Grunde. Die Section ergab allgemeine Verengerung des Aortensystemes.

Dies scheint auf die ganze Lehre von der modern gewordenen »Ueberanstrengung des Herzens« ein Licht zu werfen.

Bei Frauen und Mädchen, welche an Gefässenge und infolge dessen an schwerer Chlorose leiden, kommt es selten oder nie zu Herzaffectionen, weil dem Herzen keine Leistungen zugemuthet werden, wie sie bei Männern mit gleichen Bildungsfehlern unfehlbar zu Hypertrophie des linken Ventrikels und seinen Folgeerscheinungen führen. So beobachtete ich 1871 eine Reihe von Hypertrophien, welche auf die Strapazen des Feldzuges zurückzuführen waren; damals konnte ich mir nicht erklären, wesshalb gerade diese Leute unter Anstrengungen erkrankten, welche von der Mehrheit ohne Nachtheil ertragen wurden: jetzt möchte ich glauben, dass ein Theil dieser Fälle mit angeborener Enge des Aortensystems zu erklären war.

Mir stehen noch einige Fälle zu Gebote, welche aber nicht durch die Section bestätigt wurden. Sie hatten gemeinsam die Enge der erregbaren Arterien, die Blässe des Gesichtes, der Herzhypertrophie nach links und unten mit Verstärkung des zweiten Aortentons und den entsprechenden Beschwerden und gemeinsam die schnelle Besserung, den Rückgang nicht nur der subjectiven, sondern auch der objectiven Symptome unter Ruhe und zweckmässiger Behandlung.

Herr Fr. Müller ist dem Vortragenden dankbar, dass er ein neues Krankheitsbild geschaffen hat. Jedoch haben ihn zwei Fälle gelehrt, dass dem pathologischen Befund der Aortenenge nicht viel klinische Beweiskraft zukommt. Es waren zwei Fälle, wo intra vitam eine ausserordentliche Weite, eine sehr hohe Pulscurve constatirt wurde und sich bei der Obduction eine exquisite Enge des Aortensystems fand. Das lässt sich nur so erklären, dass intra vitam eine grosse Dehnbarkeit der Arterien vorhanden war und dass die Enge einen postmortalen Effect einer starken Elasticität der Wandungen darstellte.

Herr A. Fränkel meint, dass die Diagnose der angeborenen Enge immer auf grosse Schwierigkeiten stossen wird; denn das einzige Symptom ist doch die Hypertrophie des linken Ventrikels, ein Symptom, welches neurasthenischen Zuständen, Tabak-, Alkoholmissbrauch, Excessen anderer Art, ebenso zukommt.

Herr P. Guttmann bezweifelt nicht, dass angeborene Enge des Aortensystems eine Hypertrophie des linken Ventrikels machen kann, aber er bestreitet, dass das zu beweisen ist; denn ihm kommen sehr häufig Fälle vor, wo sich auf dem Seciertisch eine Hypertrophie des linken Ventrikels findet, für deren Pathogenese sich kein Anhaltspunkt finden lässt. Diese Fälle idiopathischer Hypertrophie auszuschliessen, ist unmöglich.

Herr Litten: Herz und Gefässsystem entwickeln sich embryologisch gleichmässig aus derselben Anlage. Wo ein kleines Gefässsystem, ist auch ein kleines Herz und weniger Blutmasse, so dass das Gleichgewicht erhalten ist. Werden nun, bei Männern, an die Leistungsfähigkeit des Herzens grosse Ansprüche gestellt, so bildet sich eine Hypertrophie des linken Ventrikels; aber das ist eine echte Arbeitshypertrophie.

Herr Fraentzel ist völlig damit einverstanden; wenn aber Leute auf sonst erträgliche Anstrengungen hin eine Hypertrophie bekommen, so ist der Grund dafür in der Aortenenge zu suchen. Es handelt sich da eben um keine Anstrengung im Sinne des Durchschnitts.

Herr **Ewald** bespricht eine von Herrn Einhorn angegebene Verbesserung seiner Reaction auf die Magenmotilität durch Salol und den Nachweis von Salicylursäure im Urin. Man tränkt ein Fliesspapier mit dem Urin und lässt einen Tropfen Eisenchlorid daran herunterlaufen. Die violette Reaction tritt schon bei geringen Mengen ein. Ausserdem hat die Modification den Vortheil, dass sich diese Papiere aufbewahren lassen.

Die Zuckerreaction Einhorn empfiehlt er als zweckmässig, einfach und ausreichend genau.

An der Debatte hierüber betheiligen sich die Herren Litten, Fränkel, Guttmann, Einhorn.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung am 26. Juni 1888.

Vorsitzender: Herr Curschmann.

I. Demonstrationen.

1) Herr Plate (als Gast) demonstrirt einen Fall von Morb. Addisoni. Der 17jähr. Kellner will angeblich erst seit 14 Tagen krank sein, doch haben seine Angehörigen eine dunklere Hautfärbung bei ihm bereits im verflossenen Winter bemerkt. Patient zeigt am ganzen Körper eine ausgesprochene Bronzefärbung der Haut; die Conjunctivae sind weiss, an der Gaumenschleimhaut dagegen finden sich dunkler gefärbte Streifen. Die Brustuntersuchung ergiebt eine leichte Infiltration der rechten Lungenspitze. Im Blut ist kein Pigment vorhanden, die weissen Blutkörperchen sind etwas vermehrt. Vor 14 Tagen überstand Patient ein Erysipel; seitdem hat die Pigmentirung stark zugenommen. Die Prognose ist nach den bisherigen Erfahrungen absolut lethal. Vortragender schliesst mit einem historischen Ueberblick über den Morb. Addisoni.

2) Herr Lauenstein stellt einen holländischen Matrosen vor, dem er an der daumenlosen linken Hand zur Verbesserung der Function, d. h. um aus den 4 in parallelen Ebenen sich bewegenden Fingern eine greifende Hand zu gestalten, folgende einfache Operation gemacht hat. Er hat den Metacarpus des Zeigefingers und des kleinen Fingers mit der Kettensäge durchtrennt, dann beide Finger volarwärts einander zu rotirt und dann die Durchtrennungsstelle der metacarpi in dieser Stellung der dislocatio ad peripheriam heilen lassen. Patient ist nun im Stande, durch die Wirkung der Beugemusculatur des Zeige- und fünften Fingers diese beiden Finger einander zu opponiren, während die in ihrer Stellung verbliebenen Finger 3 und 4 bei der Beugung sich mit ihren Spitzen gegen die beiden opponirten Finger anlegen. Da die Operation kaum 4 Wochen her ist, so

ist die Hand des Patienten noch etwas geschwollen; überhaupt sind die Finger dieses Patienten etwas ungelenk und schwielig. Nicht für alle Berufsarten wird sich die daumenlose Hand in dieser Weise mit Erfolg umgestalten lassen; vorwiegend wird sich diese Operation da eignen, wo es sich um feinere Berufsarbeiten — wie z. B. beim Schneider, Uhrmacher, Goldschmied, Geburtshelfer etc. — handelt. Zum Halten der Feder würde eine so umgestaltete daumenlose Hand besonders geeignet sein.

Den Anlass zu der Ausführung dieser Operation gab dem Vortragenden ein Patient mit schwerer Handverletzung, Fractur im Metacarpus etc., bei dem ohne Zuthun des Arztes der IV. Finger in Dislocationsstellung ad peripheriam heilte und nun der in seiner Beweglichkeit gehemmte Daumen gerade diesen Finger bei Oppositionsbewegungen berührte, während die Spitze des Daumens den II. und III. Finger, welche ihre normale Stellung behalten hatten, nicht erreichte.

L. empfiehlt diesen einfachen Eingriff für geeignete Fälle.

3) Herr O. Meyer zeigt ein 18 Tage altes Kind, das eine hochgradige abnorme Beweglichkeit der Fingergelenke aufweist. Man vermag die einzelnen Finger dorsal fast ebenso weit zu flectiren, wie volar. Merkwürdig ist, dass der Vater in seiner Kindheit eine ähnliche Beweglichkeit der Finger gehabt haben will, von der sich noch jetzt Reste am Daumen vorfinden. (Demonstration.)

II. Herr **Voigt: Ueber Impfschäden.** (Schluss, cf. diese Wochenschr. Nr. 23, p. 393.)

Von weiteren eigentlichen Impfschäden nennt Vortragender ferner:

c) Geschwürige und brandige Pusteln. Dieselben entstehen durch Ueberimpfung eitriger Stoffe aus entzündeten Pusteln. Sie treten fast nur sporadisch auf. Sie können (selten) zur Phlegmone führen, die lethal enden kann, wenn beide Arme geimpft waren. Besser bleibt daher das Impfen auf einem Arm. Bei Revaccinirten entstehen nach Contusionen der Impfstellen bisweilen Abscesse.

d) Wahre Blutvergiftung, Pyaemie. Auch diese traurigste Complication ist beobachtet. Gegen alle diese Schädlichkeiten schützt man sich am besten durch Sorge für persönliche Aseptik, aseptische Conserven und richtige Auswahl der Pusteln zum Abimpfen.

Trotz aller Fortschritte in der Erkenntniss der Impfschäden und ihrer Ursachen werden einige doch nie ganz zu vermeiden sein. Dahin rechnet V. manche Exantheme, besonders Eczeme, Roseola, Urticaria und Furunkel. Die Hauptsache ist, dass der Arzt sich bewusst ist, persönlich aseptisch zu verfahren, dass die Instrumente gereinigt sind, die Lymphe vorsichtig gehandhabt wird, und dass nur normale Pusteln von Mensch und Vieh zur Abimpfung benutzt werden.

Discussion. Herr Piza fragt, was Vortragender unter Aseptik beim Impfen versteht? Desinfection mit Sublimat oder 5 proc. Carbol zerstöre die Vaccine, so dass diese Aseptik nicht zu brauchen sei.

Herr Voigt gibt zu, dass die Aseptik beim Impfen der Kälber nicht viel Werth hat. Die vom Bundesrath vorgeschriebene Abwaschung der Thiere mit Antisepticis vor der Impfung sei unbrauchbar, da es dann keine Pusteln gäbe. Dagegen wäscht V. die Pusteln und die Haut vor der Abimpfung mit Sublimat ab und ist mit dieser Form der Asepsis sehr zufrieden. Die von anderen Seiten vorgeschlagenen Lösungen von Salicyl, Borsäure etc. haben sich nicht bewährt. Jaffé.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Originalbericht.)

XII. Sitzung am 9. Juni 1888.

Herr **v. Sandberger: Ueber die Wasser-Horizonte in Unterfranken.**

Der Vortragende spricht über die Wasserhorizonte in Unterfranken mit Erläuterung derselben durch Profile und Experimenten mit mehreren Wassern.

Der Inhalt des Vortrages ist in der Dissertation von Dr. F. Fecher niedergelegt, auf die wir hiemit verweisen. Für den Mediciner war besonders interessant der Hinweis auf die Entstehung der unterfränkischen Mineralquellen. So erklärt sich zum Beispiel der reiche Kaligehalt des Wernarzer Wassers leicht aus dem Vorhandensein reicher Wasserhorizonte daselbst über Sandsteinen.

XIII. Sitzung am 23. Juni 1888.

Herr **Rindfleisch: Ueber Endarteriitis obliterans.**

Rindfleisch giebt zunächst einen Ueberblick über die Studien von Thoma und Heubner über die Endarteriitis obliterans und schildert dann den Befund, den er bei der Section eines an Syphilis verstorbenen Mannes gewonnen hat. Der betreffende Patient hatte zunächst Sprachstörungen gezeigt, dann eine Monoplegie des rechten Armes und Beines und später noch Convulsionen hinzubekommen. Es wurde desshalb von Leube die Diagnose einer Erkrankung der Broca'schen Sprachwindung, der Centralwindung und einer Rindenaffection des Temporallappens gestellt. Die Section bestätigte vollkommen diese nach den klinischen Symptomen gestellte Localisation der Erkrankung, zudem sie in den betreffenden Partien eine rothe Erweichung nachwies. Diese rothe Erweichung rührte aber daher, dass sich in dem III. Ast der Art. fossa Sylvii eine das Gefässlumen fast wie eine Kugel obturirende ganz circumscripte Endarteritis obliterans entwickelt hatte. Die betreffenden mikroskopischen Präparate werden durch Projection mittelst elektrischen Lichtes prächtig demonstrirt.

Herr **Leube: Ueber den Urobilinicterus.**

Der Icterus hat schon zu vielen Hypothesen Veranlassung gegeben. Dieselben werden als Einleitung besprochen und dabei die Gesichtspuncte hervorgehoben, die heute im Allgemeinen für die genannte Erkrankung Geltung haben. Leube hält neben dem Resorptionsicterus und dem Aspirationsicterus, der beim Icterus neonatorum die richtige Erklärung abgiebt, den hämatogenen Icterus aufrecht. Man darf dabei natürlich nicht übertreiben, aber es giebt doch unzweifelhaft Fälle, in denen bei der Resorption grösserer Blutextravasate Icterus entsteht. Nun hat man in solchen Blutextravasaten Hämatoidin microskopisch nachgewiesen. Hämatoidin ist aber chemisch vollständig identisch mit dem Bilirubin und es ist daher nicht einzusehen, warum nicht dieses Hämatoidin in die Circulation gelangend, Gelbfärbung der Haut hervorrufen sollte. Die Annahme, dass überall, wo Hämoglobin vom Stroma der rothen Blutkörperchen sich trennt, wie nach Einverleibung gewisser Gifte — Arsenwasserstoff etc. —, das Hämoglobin sich im kreisenden Blut in Hämatoidin verwandeln müsse, ist natürlich unhaltbar. Für solche Fälle ist vielmehr eine Degeneration der Leberzellen selbst anzunehmen, Den Begriff des policholischen Icterus hat Senator nach Leube's Ansicht, in seinen jüngsten Publicationen in der »Berliner Klinik«, viel zu weit ausgedehnt. Es müssen auch hier ganz scharfe Grenzen gezogen werden.

Nach diesen gewissermaassen in das Thema einführenden Bemerkungen geht Leube nun auf den Urobilin-Icterus ein.

Das Urobilin ist ein Reductionsproduct des Gallenfarbstoffes. Es findet sich in jedem normalen Urin, sowie in den Fäces, während das Bilirubin, der eigentliche Gallenfarbstoff, in diesen fehlt.

Es kommen nun gelegentlich Fälle zur Beobachtung, die eine ausgesprochene Gelbfärbung zeigen, ohne dass Bilirubin im Harn nachweisbar wird, wie dies bei dem gewöhnlichen Icterus der Fall ist.

Einen solchen Fall hat Leube augenblicklich in seiner Klinik in Behandlung. Bei demselben beobachtet er nun schon seit Monaten eine bald schwächer, bald stärker werdende gold- oder safrangelbe Hautfarbe, ohne dass nur einmal in ihrem Urin Bilirubin nachgewiesen werden konnte. Wohl aber enthielt derselbe stets Urobilin. Die Frage ist nun in diesem Falle die, ist nicht auch die Gelbfärbung der Haut durch Urobilin bedingt? Um dies zu entscheiden, wendete Leube nicht wie Quincke die etwas zweifelhafte spectroscopische Untersuchung an, sondern er versetzte, einer bekannten Thatsache folgend, nach der der gelbe Farbstoff der Haut in den Schweiss übergeht, die Patienten durch eine subcutane Injection von 0,02 Pilicarpin, in Schweiss und fing

diesen auf ein Wachstuch auf. Er erhielt so etwa einen halben Schoppen gelb gefärbten Schweiss, fand aber in diesem nicht das erwartete Urobilin, sondern Bilirubin. Dieser Befund spricht als voller Beweis dafür, dass die Gelbfärbung der Haut auch in diesem Falle durch Bilirubin bedingt wurde.

Wie kommt es aber nun, dass dieses nicht im Urin ausgeschieden wurde, dass dieser vielmehr nur Urobilin enthielt?

Unzweifelhaft muss man hier annehmen, dass das Bilirubin vor seiner Ausscheidung aus dem Körper in Urobilin reducirt wird. Wo aber findet diese Reduction statt? In der Haut und in dem Darm gewiss nicht. Wäre dies der Fall, so müsste sicher im Verlauf der Erkrankung einmal Bilirubin im Harn vorhanden gewesen sein. Es bleibt keine andere Annahme übrig, als dass in solchen Fällen von Urobilinicterus die Reduction des Bilirubins in Urobilin in den Nieren selbst vor sich geht. Dies muss man wohl schon normaler Weise zugeben, denn sonst könnte nicht in dem normalen Harn statt des Bilirubin Urobilin vorhanden sein. Es wäre dann anzunehmen, dass bei dem sog. Urobilinicterus die Reductionsthätigkeit der Niere eine gesteigerte ist. Leube stellt diese Hypothese bis jetzt erst mit grosser Reserve auf, hofft sie aber, da sie ihm allein wahrscheinlich scheint, durch Versuche, die schon in Angriff genommen sind, bald bestätigen zu können.

Hoffa.

Verschiedenes.

(Gegenwärtiger Stand des ärztlichen Pensionsvereins.) Der Rechenschaftsbericht über die Verwaltung des Pensionsvereins für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte im 35. Verwaltungsjahre 1887 ist vor Kurzem in Druck erschienen und an die Mitglieder versendet worden. Mit grosser Freude und Genugthuung haben wir daraus ersehen, dass der Verwaltungsrath hier der VI. ordentlichen General-Versammlung, welche satzungsgemäss am 1. October l. Js. zusammentreten wird, eine Rechnung vorlegen kann mit Resultaten, wie sie glänzender kaum gedacht werden könne und in jeder Beziehung befriedigen müssen, obgleich die Leistungen des Vereins während der letztverflossenen Finanzperiode in's Ungeahnte und enorme sich gesteigert haben. Zum Beweis für unsere Behauptungen sei uns gestattet, nachstehend einige Zahlen anzuführen und einige Vergleiche mit dem Jahre 1881 zu ziehen, dem Abschluss der vorigen Verwaltungsperiode.

Im Jahre 1881 hatten wir bei 448 ordentlichen Mitgliedern mit 16,795 M. 50 Pf. Beiträgen für den Pensionsfond einen Vermögensstand von 801,698 M. 82 Pf. und für den Stockfonds 247,972 M. 64 Pf., also einen Gesammtvermögensstand von 1'049,071 M. 49 Pf., während die Zahl der Pension beziehenden Wittwen nur 177 betrug mit 206 einfachen und 30 Doppelwaisen. Der vorliegende Rechenschaftsbericht dagegen giebt 491 ordentliche Mitglieder mit 17,724 M. 96 Pf. Beiträgen an und für den Pensionsfond einen Vermögensstand von 845,715 M. 4 Pf., für den Stockfond von 288,147 M. 51 Pf., zusammen einen Vermögensausweis von 1,133,862 M. 55 Pf., also eine Mehrung von 84,791 M.; während die Zahl der Wittwen auf 230 gestiegen ist, die der einfachen Waisen jedoch nur 174, die der Doppelwaisen nur 16 beträgt. Im Verhältniss zu dieser auffallenden Zunahme der Wittwen — 53 als Hauptpensionäre mit je 240 M. Jahrespension — sind natürlich auch die Ausgaben für dieselben gestiegen. Während im Jahre 1881 die Gesammtsumme für die Pensions-Ausgaben nur 51,791 M. 84 Pf. betrug, hat sich dieselbe im Jahre 1887 auf 60,968 M. erhöht, d. h. im Verlaufe der sechsjährigen Finanzperiode um mehr denn 9000 M., ein Punkt, mit welchem die Verwaltung im Voraus zu rechnen hatte.

Durch eine in den Jahren 1876, 1877 und 1878 gewährte, jedoch zu hoch gegriffene Dividende von 30 Proc. der Pensionsquote, hatte bekanntlich der Stockfond seitdem mit einem bedeutenden Passivrest zu kämpfen, welcher noch im Jahre 1887 die Summe von 4,519 M. 43 Pf. betrug. Dieser Passivrest ist nun mit dem Jahre 1887 nicht bloss ganz aus der Rechnung verschwunden, sondern hat sich in einen Activrest von 547 M. 41 Pf. umgewandelt, in der That ein deutliches und sehr erfreuliches Zeichen von einer umsichtigen Verwaltung. Dieses Moment wird vielleicht noch mehr in die Augen fallen, wenn man erwägt, dass der Zinsfuss für Capitalsanlagen und Werthpapiere im Allgemeinen im letzten Decennium von 4½, ja 5 Proc. durchgängig auf 4 Proc. und 3½ Proc. herabgegangen ist und dass die Convertirung der 4½ proc. Staatsobligationen im Jahre 1882 in 4 Proc. stattgefunden hat, woher es auch kam, dass der Zinsenanfall aus Activcapitalien im Jahre 1883 für den Pensionsfonds wie auch für den Stockfonds trotz einer Capitalanlage von 16,000 M. doch weniger betrug als im vorausgegangenen Jahre. Ungeachtet nun aller dieser nicht vorauszusehenden Störungen im Calkül sind die neuesten Ergebnisse unserer Rechnung, wie bemerkt, sehr befriedigende, so zwar, dass der ganze ärztliche Stand des engeren Vaterlandes auf unseren Pensionsverein, als seine ureigenste, herrlichste Schöpfung, die er vor nun 36 Jahren in das Leben gerufen, mit vollem Rechte stolz sein kann.

Immerhin aber bedarf ein solcher Unterstützungsverein zu seiner ungestörten Fortexistenz und zur fortwährenden Steigerung seiner ausgebreiteten, segensvollen Wirksamkeit der unaufhörlichen und ungeschwächten Theilnahme aller Collegen, nicht bloss um die zahlreichen Verluste und Abgänge — innerhalb 6 Jahren waren es 110 — durch frischen Nachwuchs stetig zu ergänzen, sondern auch um ihm immer neues Leben einzuflössen und immer reichere Mittel zu eventuell grösserer und erfolgreicherer Unterstützung zu gewähren, was vorzüglich durch edelmüthige Zuweisung von Legaten, Schenkungen u. dergl. an den Verein geschehen kann. Wir haben gegenwärtig in Bayern weit über 2000 praktische, amtliche und Militär-Aerzte, und doch gehört davon kaum ¼ unserem Pensionsverein an, einem Vereine, der doch in höchst dankenswerther Weise die Zukunft der verheiratheten Aerzte, beziehungsweise ihrer Familien, günstiger gestalten und wo möglich sicher stellen will. Die Jahrespension beträgt zur Zeit allerdings nur 240 M. für die Wittwe; aber sie wird auf die volle Lebenszeit ertheilt. Dieser Umstand ist von grösster Wichtigkeit, da gerade die Arzteswittwen sehr langlebig zu sein scheinen, wie wir denn 4 Wittwen mit 83 Lebensjahren, 39 Wittwen mit 72 Jahren, 63 Wittwen mit 64 Jahren u. s. w. gegenwärtig unter unseren Pensionären zählen. Jede dieser über 80 Jahre alten Greisinnen hat bis jetzt rund 6,500 M. aus unserer Cassa an Pensionen erhalten; eine ganz ansehnliche Summe, namentlich in Anbetracht der geringen Leistungen der einzelnen Mitglieder. In dieser Beziehung steht zweifellos fest, dass der Pensionsverein ganz entschieden Vortheile vor den Lebensversicherungen gewährt, ein Punkt, auf den wir schon öfter aufmerksam gemacht haben. Mögen alle unsere werthen Collegen dies bei Zeiten beherzigen und ihre Zuflucht zu unserem Pensionsverein nehmen; möge es endlich einmal, zur Ehre unseres Standes dahin kommen, dass es in unserem lieben Bayernlande keine Arzteswittwen mehr giebt, die an die öffentliche Mildthätigkeit angewiesen sind, weil der Gatte bei Lebzeiten versäumt hat, unserem Pensionsvereine beizutreten.

(Frequenz der deutschen medicinischen Facultäten.)*)

	Sommer 1887			Winter 1887/88			Sommer 1888		
	Inländer	Ausländer	Summa	Inländer	Ausländer	Summa	Inländer	Ausländer	Summa
Berlin	916	224	1140	1005	311	1316	915	244	1159
Bonn	353	18	371	276	15	291	344	22	366
Breslau	382	8	390	374	8	382	369	8	377
Erlangen	108	154	262	106	149	255	111	165	276
Freiburg	—	—	433	84	266	350	78	370	448
Giessen	72	47	119	69	46	115	72	45	117
Göttingen	196	52	248	178	51	229	187	53	240
Greifswald	486	42	528	435	36	471	435	43	478
Halle	295	35	330	265	28	293	273	33	306
Heidelberg	62	178	240	81	131	212	78	175	253
Jena	64	149	213	59	142	201	58	149	207
Kiel	220	72	292	163	51	214	208	77	285
Königsberg	260	10	270	238	5	243	239	7	246
Leipzig	365	348	713	383	396	779	404	349	753
Marburg	251	51	302	211	45	256	193	39	232
München	508	678	1186	507	608	1115	506	833	1339
Rostock	60	61	121	63	73	136	61	87	148
Strassburg	73	148	221	83	170	253	88	166	254
Tübingen	132	140	272	135	107	242	118	143	261
Würzburg	171	690	861	192	710	902	171	754	925
Zusammen			8512			8255			8672

(Zur Aetiologie des Carcinoms) liegen neue Versuche aus der chirurgischen Klinik des Prof. Kovács in Budapest von Dr. Makara (Pest. med. chir. Presse, Nr. 27) vor. Dieselben geben negative Resultate; es waren in Carcinomen, wie auch in Sarcomen keine specifischen Mikroorganismen nachweisbar.

Therapeutische Notizen.

(Von Aetherinjectionen bei Insufficienz des Herzens) sah Bamberger (Wr. klin. W. Nr. 12) überraschende Wirkung. In einem Falle von fettiger Degeneration des Herzens beseitigten einige Pravaz'sche Spritzen voll die heftige Dyspnoe und das Oedem, indem eine reichliche Harnsecretion dadurch angeregt wurde. B. glaubt, dass

---

*) Nach amtlichen Verzeichnissen. Vergl. Nr. 1 d. Jahrg.

der Aether in diesem Falle direct auf den secretorischen Nierenapparat einwirkte.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 3. Juli. Die Frequenz der deutschen medicinischen Facultäten übertrifft im laufenden Semester die des vorigen Wintersemesters um 417 und hat mit 8672 Studirenden einen höheren Stand als je zuvor erreicht. München weist mit 1339 Studirenden die höchste Frequenz auf, deren eine medicinische Facultät in Deutschland sich je erfreute.

— Wie in früheren Jahren, so werden auch heuer in den kommenden Herbstferien Curse für Aerzte und für Studirende, die sich im oder unmittelbar vor dem Examen befinden, abgehalten. Das Programm dieser Curse ist im Inseratentheile dieser Nummer abgedruckt.

— Dem Bezirksarzt Dr. Häuslmayer in Freising wurde aus Anlass seines 80. Geburtstages von dem Gemeindecollegium in Pfaffenhofen a. I. das Ehrenbürgerrecht verliehen.

— Von der Barcelonaer Academie der Medicin und Chirurgie ist der Gari-Preis im Betrage von 1500 M. für die beste Arbeit über die Pathogenese der Gonorrhoe (klinische Formen, Complication, Prophylaxe, mit Zeichnungen) ausgesetzt. Die Arbeiten müssen in spanischer, französischer oder italienischer Sprache verfasst sein und sind, mit dem üblichen Motto versehen, bis zum 30. Juni 1889 bei der Academie einzureichen.

— Zu auswärtigen Mitgliedern der Royal-Society zu London sind gewählt worden: Prof. Edmond Bacquerel (Paris) für seine Untersuchungen über die Einwirkungen des Lichtes auf Körper, namentlich in Beziehung auf Phosphorescenz; Prof. Hermann Kopp (Heidelberg) für seine Untersuchungen über Atomvolume und Siedepuncte; Prof. Ed. F. W. Pflüger (Bonn) für seine Untersuchungen in Physiologie, namentlich in Betreff der Irritabilität von Nerven, der Respiration und der thierischen Wärme, und Prof. Julius Sachs (Würzburg) für seine Untersuchungen in Botanik, namentlich Pflanzenphysiologie.

(Universitäts-Nachrichten.) **Erlangen.** Der Privatdocent Dr. Kiesselbach wurde zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der Universität ernannt und ihm die Verpflichtung zur Vertretung der Ohrenheilkunde und zur Leitung der otiatrischen Klinik und Poliklinik auferlegt. Unter den hiesigen Studirenden der medicinischen Facultät, soweit sie dem bayerischen Staatsverbande angehören, circulirt gegenwärtig eine Petition an das Reichsamt des Innern, in welchem die Petenten bitten, ihnen zu gestatten, auch im Sommer die medicinische Staatsprüfung ablegen zu dürfen. Die Bittsteller führen aus, dass die bayerischen Studirenden ihre Gymnasialstudien zumeist so absolviren, dass dieselben gerade mit Schluss des Sommersemesters beendet sind. Studiren sie dann die vorgeschriebenen neun Semester, so schliessen sie mit dem Wintersemester ab und müssten nun, wenn ihnen erst im Winter die Ablegung des Examens gestattet würde, 10 Semester studiren. Dem Vernehmen nach sind auch aus München und Würzburg ähnliche Petitionen abgegangen. — **Greifswald.** Der ausserordentliche Professor und bisherige Custos am anatomischen Institut, Dr. B. Solger, ist zum I. Prosector des Institutes ernannt worden. — **Jena.** Prof. Preyer wird dem Vernehmen nach am 1. October seine Lehrthätigkeit aufgeben und seinen Wohnsitz in Berlin nehmen. — **Marburg.** Dem Privatdocent für innere Medicin Dr. Frerichs wurde das Prädicat Professor beigelegt. — **München.** Die von der medicinischen Facultät pro 1887/88 gestellte Preisaufgabe: »Ueber die Wirkung des Solanin und Solanidin« wurde von H. Max Perles, cand. med. aus München gelöst. — **Wien.** Prof. Hyrtl hat dem Decanate des Wiener medicinischen Professorencollegiums bekannt gegeben, dass er sechs Stipendien für würdige mittellose Hörer der Medicin an dieser Hochschule, und zwar ohne Unterschied ihrer Nationalität und Confession, zu dotiren gedenke.

Berichtigungen. In der letzten Nummer ist in dem Referate über Dr. v. Kerschensteiner's Vortrag, S. 435 Zeile 15 und 8 von unten, die Zahl der auf 100,000 Einwohner treffenden Choleratodesfälle vom Jahre 1867 in Folge eines Versehens zu 15,0 statt zu 1,50 angegeben, wonach auch die diagrammatische Darstellung sich entsprechend ändert.

Auf pag. 390 der Nr. 23, Sp. 1, Zeile 14 von oben (Vortrag des Geheimrath Prof. Fritsch) ist zu lesen: 25 Proc. statt 75 %.

Herr Prof. Dr. Manz schreibt uns, datirt Freiburg 15. Juni 1888: »Ein Referat über meinen in dieser Zeitschrift (Nr. 11 u. 12) erschienenen Aufsatz über »die Hornhautzerstörung bei Sepsis«, welches in Schmidt's Jahrbüchern Bd. 218 Nr. 5 enthalten ist, veranlasst mich zu einer kurzen Entgegnung, da mir darin Ansichten zugeschrieben werden, welche nicht die meinen sind und welche ich dort nicht ausgesprochen habe. Wenn ich zum Vergleich wegen gewisser Aehnlichkeiten im Krankheitsbilde die Hornhautaffection bei Cholera und die Xerose der Bindehaut bei der sogenannten esentiellen Hemeralopie mit den Hornhautverschwärungen zusammengestellt habe, welche bei schweren Infectionskrankheiten vorkommen, so ist mir darum doch nicht eingefallen, jene Krankheiten zur Sepsis zu rechnen. Ich muss annehmen, dass der Referent, der mir dieses zuzuschreiben scheint, die in meiner Arbeit enthaltene Ausführung in auffallender Weise missverstanden hat.«

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 25. Jahreswoche vom 17. bis 23. Juni 1888.

Brechdurchfall 37 (65*), Cholera asiatica — (—), Diphtherie, Croup 37 (47), Erysipelas 23 (10), Intermittens, Neuralgia interm. 3 (3), Kindbettfieber 2 (2), Meningitis cerebrospin. — (1), Morbilli 8 (18), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 3 (4), Parotitis epidemica 4 (7), Pneumonia crouposa 14 (16), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 24 (28), Ruhr (dysenteria) — (1), Scarlatina 33 (27), Tussis convulsiva 16 (24), Typhus abdominalis 6 (—), Varicellen 6 (8), Variola, Variolois — (—). Summa 216 (260). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München.

während der 25. Jahreswoche vom 17. bis incl. 23. Juni 1888.

Bevölkerungszahl 275,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln — (—), Scharlach 3 (3), Diphtherie und Croup 4 (2), Keuchhusten 3 (1), Unterleibstyphus 1 (2), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten 2 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 186 (149), der Tagesdurchschnitt 26.6 (21.3). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 35.2 (28.2), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 23.0 (16.8), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 21.3 (15.3).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Ernennungen. Zu Bezirksärzten I. Cl: Der mit der Geschäftsführung eines Bezirksarztes II. Cl. beim k. Amtsgerichte Ludwigstadt betraute Bezirksarzt I. Cl. Dr. Johann Waeninger zum Bezirksarzte I. Cl. für den Bezirksamtsbezirk Teuschnitz; der praktische Arzt Dr. Karl Peither in Tittling zum Bezirksarzte I. Cl. in Wegscheid; zum Unterarzt der einjährig freiwillige Arzt Joseph Büx vom 2. Feld-Art.-Reg. im 2. Schweren Reiter-Regiment.

Niederlassungen. Dr. Paul Volkhardt als praktischer Arzt in Bayreuth; Dr. Heinrich Freudenthal, appr. 1888, zu Stadtlauingen.

Versetzung. Assistenzarzt II. Cl. Dr. Lorenz Braun des 12. Inf.-Reg. auf Nachsuchen zu den Sanitätsofficieren der Reserve.

Gestorben. Dr. Max Binswanger, Bezirksarzt I. Cl. in Krumbach; Dr. Josef Schnappinger, praktischer Arzt in Dollnstein (Mittelfranken).

Erledigung. Die Bezirksarztesstelle I. Cl. in Krumbach.

Briefkasten.

Herrn Dr. O. Ihre Anfrage: »Ist ein Apotheker berechtigt, einem approbirten Arzt, der sich als solcher legitimirt, die Abgabe irgend eines Arzneimittels zu verweigern«, ist mit »Nein« zu beantworten. (Verordnung vom 25. April 1877, die Zubereitung und Feilhaltung von Arzneien betr., § 19, Ziff. 2: Die Apotheker sind . . . . gehalten, jede Arznei nach ärztlicher Ordination unweigerlich zu bereiten und abzugeben).

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Kolb, George, Beiträge zur Physiologie maximaler Muskelarbeit, besonders des modernen Sports. Berlin.

Ernst, Einige Fälle von Ankylostomiasis nebst Sectionsbefunden. S.-A.: D. med. W. Nr. 25.

Riegel, Zur Lehre von der chronischen Myocarditis. S.-A.: Ztsch. f. klin. Med. B. 14. H. 4.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.